

UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
Especialização em Saúde da Família
Modalidade a Distância
Turma nº7



Trabalho de Conclusão de Curso

Melhoria da Atenção à Saúde da Criança de Zero a Setenta e Dois Meses na UBS
Módulo São Tomé, Parnaíba/PI

Hilda Elena Conesa Estrada

Pelotas, 2015

Hilda Elena Conesa Estrada

Melhoria da Atenção à Saúde da Criança de Zero a Setenta e Dois Meses na UBS
Módulo São Tomé, Parnaíba/PI

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
ao Curso de Especialização em Saúde da
Família EaD da Universidade Federal de
Pelotas em parceria com a Universidade Aberta
do SUS, como requisito parcial à obtenção do
título de Especialista em Saúde da Família.

Orientadora: Fernanda Bollini e Silva

Pelotas, 2015

Universidade Federal de Pelotas / DMS
Catalogação na Publicação

E82m Estrada, Hilda Elena Conesa

Melhoria da Atenção à Saúde da Criança de Zero a Setenta e Dois Meses na UBS Módulo São Tomé, Parnaíba/PI / Hilda Elena Conesa Estrada; Fernanda Bollini e Silva, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

81 f. : il.

Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde da Família EaD) — Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, 2015.

1.Saúde da Família 2.Atenção Primária à Saúde 3.Saúde da Criança 4.Puericultura 5.Saúde Bucal I. Silva, Fernanda Bollini e, orient. II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

Resumo

ESTRADA, Hilda Elena Conesa. **Melhoria da Atenção à Saúde da Criança de Zero a Setenta e Dois Meses na UBS Módulo São Tomé, Parnaíba/PI.** 75f. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Especialização em Saúde da Família) - Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2015.

O profissional de saúde, desde o pré-natal, deve estar atento às mudanças e às necessidades de adaptação que ocorrem nas famílias diante do nascimento de um novo ser. De igual forma, o profissional de saúde deve saber que não é uma tarefa fácil uma família adaptar-se a uma nova realidade. Um estudo evidencia que o bom relacionamento do casal está associado a um maior apoio do pai à lactação e uma maior participação dele nos cuidados com a criança. As motivações para realização da intervenção foram devido à situação pouco favorecedora da atenção de saúde as crianças no âmbito da Unidade Básica de Saúde com instabilidade em manter as consultas de forma sistemática para o bom desenvolvimento de seus filhos. A equipe de saúde cumpria na captação para as consultas da puérpera e recém-nascido nos primeiros sete dias, mas não levava em conta a continuidade do acompanhamento. Existia alta incidência de anemia, verminoses, escabiose sendo todas de causas curáveis e de fácil resolatividade. As mães precisavam orientações da importância do aleitamento materno exclusivo nos primeiros seis meses de vida, cumprimento do esquema vacinal, orientação nutricional para evitar a Malnutrição. O objetivo geral do trabalho foi a Melhoria da Atenção à Saúde da Criança de Zero a Setenta e Dois Meses na UBS Módulo São Tomé em Parnaíba/PI. A metodologia empregada para realizar a intervenção foi a utilização do Protocolo de Saúde da Criança, Caderno 33, do Ministério de Saúde (2012), tendo sua execução por um período de doze semanas (abril-maio-junho), onde após a coleta de dados, foi realizada a análise do resultado e a discussão dos mesmos, bem como a avaliação da intervenção realizada. A cobertura do Programa de atenção das crianças antes da intervenção foi difícil de precisar suas qualidades por não ter dados certos, existia instabilidade com o pessoal de enfermeira e agendamento de consulta para crianças sem planejamento misturando tanto crianças doentes como saudáveis. Só tínhamos os dados de programa de vacina com os dados de 38 crianças com vacinas em dia (64%). Após da intervenção tivemos bons resultados, entre eles se encontram a

cobertura total de sulfato ferroso para as crianças de 6 a 24 meses da comunidade logrando assim um 100%. Alcançamos uma cobertura da atenção a saúde das crianças de (83,9%) das 141 com avaliação de risco. Conseguimos que 106 crianças das 141 que foram colocadas para mamar (75,2%). Também 141 mães foram orientadas (100%), conseguindo que todas as mães fossem orientadas sobre prevenção de acidentes na infância nas consultas agendadas. A intervenção foi gratificante para a equipe e para a comunidade na mudança da rotina de trabalho.

Palavras-chave: atenção primária à saúde; saúde da família; Saúde de Criança, Puericultura, Aleitamento materno, Orientação nutricional.

Lista de Figuras

Figura 1	Proporção de crianças entre zero e 72 meses inscritas no programa na unidade de saúde na Unidade de Saúde Módulo São Tomé, Parnaíba, PI. 2015.	44
Figura 2	Figura 2 Proporção de crianças com primeira consulta na primeira semana de vida na Unidade de Saúde Módulo São Tomé, Parnaíba, PI. 2015.	45
Figura 3	Figura 3 Proporção de crianças com monitoramento de crescimento na Unidade de Saúde. Módulo São Tomé, Parnaíba, PI. 2015.	46
Figura 4	Figura 4 proporção de crianças com déficit de peso monitorado, na Unidade de Saúde Módulo São Tomé, Parnaíba, PI. 2015	47
Figura 5	Figura 5 Proporções de crianças com excesso de peso monitorado, na Unidade de Saúde Módulo São Tomé, Parnaíba, PI. 2015.	48
Figura 6	Figura 6 Proporção de crianças com monitoramento de desenvolvimento na Unidade de Saúde Módulo São Tomé, Parnaíba, PI. 2015.	49
Figura 7	Figura 7 Proporção de crianças com vacinação em dia para idade na Unidade de Saúde Módulo São Tomé, Parnaíba, PI. 2015	50
Figura 8	Figura 8 Proporção de crianças de 6 a 24 meses com suplementação de ferro na Unidade de Saúde Módulo São Tomé, Parnaíba, PI. 2015.	51

Figura 9	Figura 9 Proporção de crianças com triagem auditiva na Unidade de Saúde Módulo São Tomé, Parnaíba, PI. 2015.	52
Figura 10	Figura10 Proporção de crianças com teste do pezinho realizado até 7 dias de vida na Unidade de Saúde Módulo São Tomé, Parnaíba, PI. 2015.	52
Figura11	Figura 11 Proporção de crianças entre 6 e 72 meses com avaliação de necessidade de atendimento odontológico na Unidade de Saúde Módulo São Tomé, Parnaíba, PI. 2015.	53
Figura 12	Figura 12.Proporção de crianças de 6 a 72 meses com primeira consulta odontológica na Unidade de Saúde Módulo São Tomé, Parnaíba, PI. 2015.	54
Figura 13	Figura 13 Proporção de busca ativa realizada às crianças faltosas às consultas no programa de saúde da criança na Unidade de Saúde Módulo São Tomé, Parnaíba, PI. 2015.	55
Figura 14	Figura 14 Proporção de crianças com registro atualizado na Unidade de Saúde Módulo São Tomé, Parnaíba, PI. 2015.	56
Figura 15	Figura 15 Proporção de crianças com avaliação de risco na Unidade de Saúde Módulo São Tomé, Parnaíba, PI. 2015.	57
Figura 16	Figura 16 Proporção de crianças cujas mães receberam orientações sobre prevenção de acidentes na infância na Unidade de Saúde Módulo São Tomé, Parnaíba, PI. 2015.	58
Figura 17	Figura 17 Número de crianças colocadas para mamar durante a primeira consulta na Unidade de Saúde Módulo São Tomé, Parnaíba, PI. 2015.	59

Figura 18 Figura 18 Proporção de crianças cujas mães receberam
orientações nutricionais de acordo com a faixa etária na Unidade
de Saúde Módulo São Tomé, Parnaíba, PI. 2015. 60

Figura 19 Figura 19 Proporção de crianças cujas mães receberam
orientação sobre higiene bucal, etiologia e prevenção da cárie na
Unidade de Saúde Módulo São Tomé, Parnaíba, PI. 2015. 61

Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos.

ACS	Agente comunitário da Saúde
APS	Atenção Primária Da Saúde
DM	Diabetes mellitus
EBS	Equipe Básico de Saúde
ESF	Estratégia da Saúde da Família
FAP	Faculdade Piauiense
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HEDA	Hospital Estadual Disse-o Arcos
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
NASF	Núcleo de apoio da Atenção a Família
PI	Piauí
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFPI	Universidade Federal de Piauí

Sumário

Apresentação	09
1 Análise Situacional	10
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS.....	10
1.2 Relatório da Análise Situacional	11
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional	19
2 Análise Estratégica	20
2.1 Justificativa	20
2.2 Objetivos e metas	22
2.2.1 Objetivo geral	22
2.2.2 Objetivos específicos e metas.....	22
2.3 Metodologia.....	23
2.3.1 Detalhamento das ações	23
2.3.2 Indicadores	32
2.3.3 Logística	37
2.3.4 Cronograma	39
3 Relatório da Intervenção.....	41
3.1 Ações previstas e desenvolvidas.....	41
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas.....	41
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados	41
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços	42
4 Avaliação da intervenção.....	43
4.1 Resultados.....	43
4.2 Discussão	61
5 Relatório da intervenção para gestores	64
6 Relatório da Intervenção para a comunidade	65
7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem.....	71
Referências	67
Apêndices.....	68
Anexos	70

Apresentação

Este trabalho de conclusão de curso de Especialização em Saúde da Família, modalidade à distância, conforme previsto no Regimento de Pós-Graduação do Departamento de Medicina Social da Universidade Federal de Pelotas, tem como objetivo geral a melhora da Atenção à Saúde da Criança de Zero a Setenta e Dois Meses na UBS Módulo São Tomé, Parnaíba/PI e está composto por cinco seções.

A primeira contém o relatório da **análise situacional**, no qual está apresentado um panorama da UBS fazendo uma descrição das características da comunidade assim como comportamento dos diferentes programas da atenção à saúde da população.

A segunda seção refere-se à **análise estratégica**, na qual é apresentado o projeto de intervenção, levando em conta entre outros aspectos a justificativa do projeto, objetivos a desenvolver, metodologia, logística, cronograma, detalhamento das ações.

A terceira apresenta o **relatório da intervenção**, contendo informações sobre as ações previstas e realizadas, bem como sua incorporação à rotina do serviço, e também as ações não realizadas.

A **avaliação da intervenção** está na quarta seção, demonstrando os resultados e a discussão do projeto de intervenção. Também integram essa seção o relatório da intervenção para os gestores e para a comunidade.

A quinta seção contém uma **reflexão crítica** sobre o processo pessoal de aprendizagem, incluindo o significado do curso para a prática profissional e os aprendizados mais relevantes.

1 Análise Situacional

1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS

Minha Unidade Básica de saúde se chama São Tome 23 e fica localizada na cidade de Parnaíba, estado do Piauí. Eu atendo uma população que está localizada na periferia na cidade, nela predomina as doenças crônicas não transmissíveis. Entre as mais comuns estão o Diabetes mellitus e Hipertensão arterial, principalmente na população senil. Em segundo lugar se encontram as doenças parasitárias e anemia por deficiência de ferro, que acomete principalmente as crianças. A equipe está bem estruturada, esse é um aspecto muito bom desse país, sua conformação é a seguinte: um médico, uma enfermeira, duas técnicas de enfermagem, seis agentes comunitários, que realizam visitas domiciliares. A unidade tem uma estrutura antiga que é uma casa local, mas fornece o essencial para uma precisa atenção para a população. A unidade oferece consultas médicas todos os dias com atendimento pela manhã e tarde, também temos as consultas de enfermagem, além de contarmos com um local de procedimentos, sala de vacina, farmácia, onde medicamentos gratuitos são fornecidos ao paciente com receita médica e uma sala de espera. Também contamos com uma recepção aonde realizamos reuniões mensais para manter a boa comunicação e resolver os problemas que possam surgir, os relacionamentos são de muito respeito e fraternidade. Acredito que a equipe deva trabalhar com uma abordagem preventiva para a comunidade e essa é a visão que temos e já estamos em andamento, realizando atenção para todos os usuários inclusive gestantes com planejamento familiar saudável com especial interesse na educação dos filhos.

1.2 Relatório da Análise Situacional

Parnaíba é um Município brasileiro do estado do Piauí, possuindo uma população estimada de 154.648 habitantes (IBGE/2014), sendo o segundo mais populoso do estado, atrás apenas da capital Teresina. É um dos quatro municípios litorâneos do Piauí (além de Ilha Grande, Luís Correia e Cajueiro da Praia).

Além das belezas naturais, Parnaíba apresenta um grande valor histórico para o Piauí, apresentando principalmente nas proximidades do Porto das Barcas

inúmeros imóveis históricos que traduzem a importância de Parnaíba, chegando naquela época a ser mais importante do que a ex-capital Oeiras e tendo até mesmo referências na Europa.

Desde 2013, Parnaíba vem crescendo em ritmo acelerado, tendo inaugurado no início de 2014 o seu primeiro shopping Center e retomando os voos em seu aeroporto internacional. A cidade se destaca principalmente pelo seu potencial turístico, sendo uma base de apoio para quem quer conhecer as belezas do litoral do Piauí Delta de Parnaíba e o Parque Nacional dos Lençóis Maranhenses, no Maranhão, bem como Camocim e Jericoacoara, no Ceará.

Na saúde, Parnaíba tem a maior rede de clínicas e hospitais do norte piauiense. Apesar da grande importância na região, o município sofre ainda com falta de infraestrutura pública hospitalar. Os principais centros de saúde da cidade são na rede pública: hospital Ns^a de Fátima, maternidade Marques Bastos, Santa Casa de Misericórdia, com destaque para o Hospital Estadual Dirceu Arcoverde - HEDA, maior na região. A rede particular também conta com alguns centros de saúde, como o Pro Médica, o Hospital de olhos Assis Costa, a Clínica Diagnóstico, entre outras. A partir do segundo semestre de 2014, a UFPI começou oferecer 40 vagas para curso de medicina semestralmente. A Capital do Delta também possui uma clínica de oncologia e em breve vai contar com uma clínica para tratar dependentes químicos.

Os centros de educação de Parnaíba destacam-se principalmente nos níveis médio e superior, atraindo pessoas das cidades da região. Dentre os maiores centros, podem-se citar:

- Universidade federal de Piauí: o Campo de Parnaíba oferece 900 vagas por ano, nos seguintes cursos: Turismo, Engenharia de Pesca, Ciências Econômicas, Administração de Empresas, Fisioterapia, Psicologia, Ciências Contábeis, Biologia, Biomedicina, Medicina, Matemática e Pedagogia. Além de oferecer mestrados em Biotecnologia, Ciências Biomédicas, Matemática e Museologia.

- Universidade Estadual de Piauí: esta universidade oferece 290 vagas por ano, nos seguintes cursos: História, Agronomia, Pedagogia, Biologia, Enfermagem, Direito, Odontologia, Letras- Português, Letras- Inglês e Ciências da Computação, Filosofia e Sociologia.

- Instituto Federal do Piauí: este instituto oferece cursos de técnicos e superiores. Os superiores são: Lic. Química e Lic. Física.

-Faculdade Piauiense – FAP: esta faculdade oferece aproximadamente 600 vagas ao ano, nos seguintes cursos: Fisioterapia, Enfermagem, Nutrição, Direito, Pedagogia, Administração de Empresas, Contabilidade, Sistemas de Informação, Farmácia, Biomedicina, Educação Física, Engenharia Civil, Engenharia Mecânica, Engenharia Ambiental e Sanitária, Serviço Social, CST em Rede de Computadores e CST em Marketing, Logística e Gastronomia. Esta faculdade está em expansão e novos cursos já foram solicitados juntos ao MEC.

Parnaíba localiza-se na bacia hidrográfica do Rio Parnaíba e é cortada por este que se divide em vários braços formando o famoso Delta do Parnaíba, o único em mar aberto das Américas e o terceiro maior do mundo, só perdendo para o do Nilo no Egito e o do Mekong no sudeste asiático. Um desses braços é o "rio" Igaraçu, onde se localiza o porto das barcas. A maior parte da cidade está na margem direita do Igaraçu, já a restante está na Ilha Grande de Santa Isabel, já no delta do rio Parnaíba. A única praia do município é a da Pedro do Sal, ideal para o surf, kite surf e Wind surf. Outro manancial da cidade é a Lagoa do Portinho, uma das mais famosas atrações turísticas, que devido ao avanço das dunas pode desaparecer.

A cidade está localizada em terrenos do cenozoico quaternário e possui altitude de cerca de 5 metros nas regiões do centro urbano, que são afastadas do litoral. Encontra-se na planície litorânea e a topografia é bastante regular.

A Unidade Básica de Saúde (UBS) onde eu trabalho é urbana e está localizada na periferia da cidade A Unidade de Saúde atende apenas usuários da rede pública e possui um estreito vínculo com as unidades de ensino presentes na comunidade. A Equipe de saúde da família está incompleta, faltando assistente social, farmacêutico, fisioterapeuta, dentista e auxiliar de consultório dentário.

A UBS é um local adaptado, não reúne as condições para trabalhar adequadamente, pois apresenta falhas na estrutura. Os locais são mal ventilados e contam com salas com mais de uma função, como procedimentos de enfermagem e vacina, recepção e sala de espera também funcionando como secretaria. Temos infiltrações e rachaduras nas paredes, esta situação poderia se resolver com a

construção de uma estrutura apropriada, todos esses problemas e dificuldades são de conhecimento da secretaria de saúde municipal.

A ESF trabalha de forma organizada, tanto em consultas como nas visitas domiciliares e demais atividades que são feitas com a população. Temos dificuldades com o serviço do NASF, pois independentemente do município ter em sua estrutura essa equipe, em algumas Unidades não contamos com o apoio dela. Mesmo com as dificuldades referentes à estrutura física, estamos trabalhando em função de que os pacientes recebam uma boa atenção de saúde e este aspecto engloba a toda ESF.

A população da área adstrita esta composta por um total de 3377 habitantes, com predomínio da população idosa. A comunidade possui com cobertura total de agentes de saúde, sendo que todos possuem experiência no trabalho em comunidade, só falta ter uma projeção diferente com relação a este trabalho, principalmente no que se refere aos programas de crianças e pré-natal, pois se dá muita ênfase aos doentes crônicos e não existe um enfoque preventivo a atenção destes grupos. Na UBS existe uma alta demanda espontânea, mas temos estruturado o trabalho para o atendimento dos usuários de forma adequada, aumentamos as visitas domiciliares na comunidade para dois dias, sendo um deles acontecendo nos dois turnos, isto tem contribuído a uma maior satisfação da população devido à resolução de suas necessidades essenciais.

Os atendimentos à demanda espontânea acontecem no local preparado como recepção. Não contamos com equipe específica de acolhimento, mas ao chegarem à UBS os usuários recebem bom acolhimento que começa pela recepcionista, mas toda a equipe de trabalho participa do desta acolhida, como o médico, enfermeiro, técnicos de enfermagem e demais. Independentemente de não contar com as condições propícias, temos o desejo de que os usuários sejam bem atendidos e suas necessidades sejam acolhidas. O tempo de espera para o atendimento é variado, mas em média chega a 15 minutos, sempre levando em conta a vulnerabilidade social com análise em equipe.

Os atendimentos a demanda do usuário com problemas agudos são feitos pelo médico, definindo conduta em dependência do estado físico e mental do usuário. Quando necessário, os usuários são encaminhados para serviços de maiores recursos e o restante da equipe tem sua participação neste tipo de atendimento. Existe uma agenda de consultas previamente organizada e os usuários

com demanda aguda têm prioridade, apesar de não termos uma alta demanda desses casos, por existir um hospital muito perto e a tendência são os usuários recorrerem a este serviço nesses casos.

Com relação ao seguimento de puericultura. A situação inicial do posto nas ações programática foi muito difícil de precisar já que as consultas em dia não se efetuavam de acordo com o protocolo do Ministério da Saúde, se faziam de forma geral misturando tanto criança saudável como doente. Não se pode determinar comportamento das ações programática com a exceção do programa de vacina com 38 crianças com vacinas em dia (64%). Após intervenção temos atendimento todas as semanas, com avaliação de um total de 14 a 15 crianças sendo um dia inteiro destinado a isso. Se realiza atendimento as crianças de 0 até 72 meses. As 168 crianças foram cadastradas (100%) sendo a comunidade coberta por os ACS. A equipe de trabalho participa nos atendimentos, mas com mais frequência participam o médico, enfermeira e auxiliar de enfermagem. As crianças saem da UBS com a próxima consulta agendada, mas nem todos os pais são disciplinados e em diversas ocasiões ignoram a importância de manter as consultas para observação do desenvolvimento de seus filhos. Já se tem visto evolução neste aspecto, as mães estão mais assíduas nas consultas, já que inicialmente existia uma preocupação geral com a captação da puérpera e recém-nascido nos primeiros sete dias, sem levar em conta a importância da continuidade do acompanhamento.

Temos bons resultados com o controle de vacinas, nos atendimentos são utilizados os protocolos para as ações das crianças, os atendimentos são registrados nos prontuários clínicos, ficha espelho de vacinas e formulário especial de puericultura onde se observa o comportamento do ganho de peso, assim como o aspecto nutricional de acordo com a idade. O arquivo específico com o registro das crianças começou a ser organizado pelos agentes comunitários de saúde e será monitorado pelo enfermeiro e médico da equipe.

Está planejada para as próximas semanas fazer um levantamento das crianças na comunidade para a atualização do registro, cujo objetivo fundamental é ter um controle em relação ao programa de atenção as crianças. As principais dificuldades em relação ao atendimento estão concentradas na odontologia, por não contarmos com equipe de saúde bucal, e no acesso as especialidades, pois há pouca cobertura e na maioria das vezes os usuários tem que recorrer ao atendimento particular, o que é muito dificultoso, pois grande parte das famílias

atendidas são de baixa renda. Eu considero que o ministério de Saúde deve aprimorar este aspecto da atenção secundária, porque no momento é insuficiente para cobrir as necessidades dos usuários.

Na unidade existe o programa bolsa família e a enfermeira é a responsável do cadastramento das crianças assim como o envio do relatório a secretaria de saúde municipal. Realizamos grupos e atividades no âmbito da Unidade Básica de Saúde, e nesses espaços tratamos de diversos temas, como: aleitamento materno, cuidados gerais da criança e alimentação saudável. Dando seguimento as ações programáticas, o atendimento ao pré-natal também é realizado uma vez por semana nos dois turnos, esse é baseado no protocolo do ministério da saúde e caracteriza-se pela participação de toda a equipe, sendo o médico, a enfermeira e o agente comunitário os mais diretamente envolvidos. No momento não há gestantes fora da área de cobertura atendidas pela equipe, o que facilita muito o controle das ações realizadas e o acompanhamento das gestantes. Após as consultas de pré-natal as gestantes saem com a próxima já agendada, os registros são feitos no prontuário clínico e cartão das gestantes. A demanda por atendimentos agudos é pequena, mas quando ocorrem são tratados como prioridade.

Com relação à cobertura na parte de Pré-natal do Caderno de Ações Programáticas posso dizer que não tem relação com a média para uma população de 3377 onde se estima que deve ter um aproximado de 58.8 gestantes representando 1,5% da população. Considero que deve existir um subregistro das informações e estamos trabalhando em função de resolvê-los, e estamos realizando um levantamento para conhecer a realidade da comunidade. Todas as 18 gestantes cadastradas no programa recebem atendimento na Unidade Básica de Saúde.

Com relação à atenção ao câncer de colo útero e mama, a forma de registro permitiu o preenchimento desta parte do Caderno de Ações Programáticas. Olhando para o mesmo, eu faço a seguinte avaliação: a cobertura de prevenção do Câncer de Colo de Útero dada pela estimativa de acordo com a população com um número de 949 mulheres com idade compreendida entre os 25 e 64 anos, não demonstra uma relação com a realidade. Nós temos um total de 464 mulheres cadastradas no Programa tanto de Câncer do colo de útero como de mama, e considero que existe um grupo de mulheres que não tem controle, que podem ser explicados pelo fator migratório que com frequência está presente nas populações da periferia. Estamos fazendo um trabalho muito sério em relação a este aspecto, e está sendo realizado

um levantamento na comunidade com a participação dos agentes comunitários para resgatar todas as mulheres que por diversos motivos não estão cadastradas no programa tanto de câncer de colo Uterino como de Mama.

Examinando o questionário preenchido referente a essa ação programática, devo referir que existe um planejamento adequado tanto de consultas de prevenção de Câncer de útero, como de Mama com frequência semanal com um período reservado para cada uma. Não temos grupos de mulheres em nossa unidade, mas esse já é um tema que está sendo abordado dentro do espaço de reunião de equipe, para que a questão da educação em saúde seja ampliada para além da abordagem individual. Devemos incrementar as atividades com este grupo e fazê-las também em outras áreas da comunidade como Igrejas e outras instituições, assim como antes de começar o grupo de atividade física entre outras sempre fazendo ênfases em relação aos temas de Prevenção do câncer de colo Uterino assim como de Mama.

Toda a equipe trabalha nestes programas, porém mais diretamente médico e enfermeira. Temos protocolos de prevenção para ambas às doenças e foram publicados no ano 2013 os quais se seguem com muita seriedade. Não temos os números específico de mulheres identificadas há três anos, pois levamos pouco tempo trabalhando na Unidade de Saúde, porém entendo que deverá existir os controles.

Não existem arquivos, porém existem registros e nas reuniões é discutido sobre as inquietudes de ambos os programas. Em consultas se trabalha com os documentos e se atualiza o nome da usuária e resultado no registro tanto para o programa de Câncer Uterino como o Programa de prevenção de câncer de mama. Ambos têm os documentos de controle e também se escreve no prontuário. Não temos equipe de monitoramento desses programas, mais temos muita vontade de trabalhar e fazê-lo com a ajuda de Deus, cada vez melhor, sendo que eu posso garantir que se está organizando cada vez mais nossa Unidade de Saúde.

Na Unidade Básica de Saúde para não perder o seguimento de mulheres com exame alterado nos propomos a seguinte estratégia, que o ACS avise as usuárias para marcarem consulta para conversar sobre o exame, o que está sendo muito bom, pois as mulheres procuram a unidade com muita rapidez.

Os pacientes atendidos na ação programática de HAS e DM foram registrados de forma geral nos documentos oficiais dos usuários e Prontuários

médicos. A estimativa do número de hipertensos com 20 anos ou mais residentes na área representa um total de 787, o que não parece adequado realidade, pois existe só um total de 231 usuários diagnosticados e controlados com esta doença na Unidade Básica de Saúde representando só 29%. A maior probabilidade é que exista um número importante de pessoas na comunidade sem cadastro e também pode estar influenciando outros fatores como o fenômeno migratório. Há o papel fundamental no trabalho da equipe de forma integral e com maior participação do Agente comunitário para conseguirmos o controle desta doença na comunidade.

De igual forma ocorre com a doença Diabetes Mellitus que se reportam para um total de 116 usuários, 52% dos mesmos em relação a estimativa da população que representa um total de 225 usuários. Neste caso a mostra foi mais representativa, pois foi 1% maior que a de HAS, mas mesmo assim devemos fazer o mesmo trabalho com a equipe de saúde.

A qualidade da atenção à HAS é avaliada, e posso dizer que em breve teremos resultados animadores. Temos consultas todas as semanas com uma frequência de um dia pela manhã e à tarde e são consultas previamente agendadas com registro nos documentos oficiais. Os aspectos do processo de trabalho funcionam com muita organização e responsabilidade.

Todo este trabalho é válido tanto para a Hipertensão como a Diabetes Mellitus, ambas as doenças são atendidas conforme a diretriz do Brasil e guiados por protocolos atualizados, com conhecimento da equipe de trabalho. Realizam-se atividades educativas, a mais frequente são as palestras, conversas entre outras. Também é feita orientação sobre a prática de exercícios em grupos, como a caminhada, assim como os hábitos de alimentação saudável, para melhorar o estilo de vida.

Considero a maior dificuldade que existe é a instabilidade dos medicamentos de primeira linha, que são fármacos essenciais para o bom controle desses usuários que tem uma renda per capita muito baixa. Estamos trabalhando em função de que as pessoas que tem responsabilidade com esta dificuldade resolvam os problemas.

Em nossa comunidade de Saúde depois de uma análise destas doenças na população pudemos conhecer a quantidade de usuários idosos, representando um total de 380 para um 92% o qual fica muito perto da realidade, ainda que menor que a estimativa da população com um total de 417. Eu considero que existe um grupo não identificado, pois a comunidade da periferia tem por costume o fenômeno

migratório com muita frequência. Atualmente estamos desenvolvendo um trabalho de busca ativa de pessoas idosas na comunidade que não ficam controladas.

A UBS realiza atendimento de idosos uma vez por semana com dois turnos de atendimento. Temos uma atenção integral dos mesmos que recebem atendimento por protocolo de tratamento atualizado e já tem a próxima consulta programada agendada. Além das consultas programadas, existe demanda de idosos para atendimento de problemas de saúde agudos mais é muito infrequente a mesma e pertencem à área de cobertura. Possuímos dificuldade com a atenção odontológica, pois não contamos com dentista na Unidade Básica de Saúde e o atendimento fica muito longe do posto, dificultando a assistência do usuário ao mesmo, devido a suas limitações próprias da idade avançada. No atendimento dos idosos, participa toda a Equipe Básica de Saúde, devo referir que a conformação da mesma é incompleta, faltando a especialidade descrita no questionário de estrutura da Unidade Básica de Saúde.

Independentemente destas dificuldades posso dizer que o trabalho é muito organizado, se há necessidade e atendimentos por nutricionista, cardiologista, psicólogo e demais especialidades, são encaminhados. Eu considero que a cobertura dessas especialidades é muito baixa e se deve melhorar, este aspecto tem sido analisado com as pessoas que podem mudar a realidade existente. Tratamos de resolver a maioria dos problemas dos usuários na Unidade Básica de Saúde, participamos de atividades que realizamos como exercícios físicos com o apoio de um professor de educação física, na sede na Igreja, assim como as ações desenvolvidas no cuidado aos idosos como imunizações, promoção da atividade física, promoção de hábitos alimentares saudáveis, promoção da saúde bucal, promoção da saúde mental, diagnóstico e tratamento de problemas clínicos em geral e diagnóstico e tratamento de problemas de saúde mental.

Com relação ao arquivo específico para os registros do atendimento dos idosos, agora é que se está organizando o registro, os profissionais de saúde explicam aos idosos e seus familiares como reconhecer sinais de risco relacionados aos problemas de saúde. Na Unidade Básica de Saúde não existe caderneta de saúde da pessoa idosa, sendo uma deficiência que vamos a informar e deve ter uma resposta pronta e efetiva. Solicitaremos ao administrativo de Saúde Municipal. Um aspecto muito importante é que nós profissionais da UBS realizamos cuidado domiciliar aos idosos.

1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional

Pode-se observar uma grande diferença entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional. Ainda temos muitas dificuldades subjetivas e de caráter estrutural, mas estamos trabalhando em função de resolver essas questões. Conseguimos com o projeto de intervenção, uma maior inter-relação e comunicação com a equipe de trabalho, onde houve a análise do desenvolvimento dos diversos programas de APS. Começamos um trabalho organizativo deixando um dia inteiro para o atendimento às crianças de zero a meses até 72 meses. Foi uma tarefa árdua e enriquecedora com aporte de experiências na área profissional encontrando diversas afecções em crianças supostamente sanas entre elas anemias por déficit de ferro. Vermínoses escabiose e outras doenças de pele. Muitas afecções dentárias entre elas cáries frequentes sem atendimento adequado por não ter equipe de saúde bucal e encaminhamento às especialidades às que precisavam. O trabalho foi mais difícil por não contar com o apoio do NASF ter instabilidade com o pessoal de enfermagem e além disso não contar com serviço de dentista. Além das dificuldades conseguimos arrumar um bom trabalho na UBS com participação ativa da equipe de saúde para a melhoria dos serviços, organização do processo de trabalho, incremento das atividades de educação para a saúde, administração adequada do sulfato ferroso às crianças, incorporar todas as atividades à rotina diária dos serviços e levar as consultas mais perto da comunidade como creche e igreja. Logrando assim o bom desempenho da atividade.

Todas as atividades que se relacionam ao projeto, foram introduzidas e outras superadas em comparação ao trabalho recebido expressado no texto inicial. Estamos trabalhando com uma visão ampliada levando este exemplo do projeto de atenção às crianças a todos os programas de forma paulatina. Ainda falta muito para fazermos, mas a equipe continua unida e com muito otimismo.

2 Análise Estratégica

2.1 Justificativa

O profissional de saúde, desde o pré-natal, deve estar atento às mudanças e às necessidades de adaptação que ocorrem nas famílias diante do nascimento de um novo ser. De igual forma, o profissional de saúde deve saber que não é uma tarefa fácil uma família adaptar-se a uma nova realidade.

Um estudo evidencia que o bom relacionamento do casal está associado a um maior apoio do pai à lactação e uma maior participação dele nos cuidados com a criança

A motivação do projeto, está baseada na situação pouco favorecida da atenção de saúde as crianças no âmbito da Unidade Básica de Saúde. As crianças saem da UBS com a próxima consulta agendada.

Outro aspecto importante é que a equipe de trabalho está mais assídua nas consultas e na captação da puérpera e recém-nascido nos primeiros sete dias, sem levar em conta a importância da continuidade do acompanhamento.

Outra motivação foi a alta incidência de anemia, verminoses, escabiose e outras doenças nas crianças. Toda prevê nível e de fácil resolutividade. Assim como a necessidade de educar as mães no adequado cuidado de as crianças para termos um Brasil com futuro mais saudável e com qualidade de vida.

Consultas em dia de acordo com o protocolo do Ministério da Saúde.

Com relação ao seguimento da puericultura, existiam desconhecimento case total do seguimento das crianças saudáveis legando a existir certo assombro nas mães da comunidade e por elo que não pude estabelecer uma relação comparativa neste aspecto constituindo uma motivação de nosso trabalho. Pude conhecer o por cento de crianças vacinadas 64%. Praticamente começamos de zero o trabalho de atendimento integral as crianças saudáveis. A costume de assistir a vacinas ou à consulta quando ficavam doentes Foi importante além conhecer o entorno de desenvolvimento das mesmas por meio de visitas domiciliares previamente planejadas com os Agentes Comunitários de Saúde. Atualmente não temos nenhuma criança fora da área de cobertura. A equipe de trabalho participa nos atendimentos, mas com mais frequência o médico, auxiliar de enfermagem e

agentes comunitários. Temos bons resultados com os controles das vacinas, nos atendimentos são utilizados os protocolos para as ações das crianças, os atendimentos são registrados nos prontuários clínicos, ficha espelho de vacinas e formulário especial de puericultura onde se observa o comportamento do ganho de peso, assim como o aspecto nutricional de acordo a idade. O arquivo específico com o registro das crianças começou a ser organizado pelos agentes comunitários de saúde e será monitorado pelo enfermeiro e médico da equipe.

As principais dificuldades em relação aos atendimentos estão concentradas na odontologia, por não contar com equipe de saúde bucal, e no acesso as especialidades, pois há muito pouca cobertura e na maioria das vezes os usuários tem que recorrer ao atendimento particular, o que é muito dificultosa, pois grande parte das famílias atendidas são de baixa renda. Eu considero que ministério de Saúde deve aprimorar este aspecto da atenção secundária, porque no momento é insuficiente para cobrir as necessidades dos usuários.

A unidade Básica de saúde não tem disponibilidade suficiente de equipamentos e instrumentos de uso geral para um bom desempenho das atividades. Não contamos com serviço odontológico o que dificulta a atenção de nossos usuários na comunidade. É preciso um grande deslocamento da população para poder receber assistência. Existem dificuldades serias com a internet que foi colocado recentemente, mas de forma parcial é somente usada pelo auxiliar administrativo para agendamento, marcação de atendimento, exames, execução do planejamento da população. Existem três computadores, somente um funcionando, além da instalação da internet que foi colocada só para ter acesso ao departamento administrativo. Tudo isso limita nosso acesso a bibliografia, protocolos manuais e orientações, encaminhamento a outros serviços. Na Unidade Básica de Saúde temos cobertura em todas as áreas com agentes comunitários. Não contamos com disponibilidades e suficiência de materiais e equipamentos necessários a realização das atividades como: filtro solar, balança para criança, Não são disponibilizados os meios de locomoção para o deslocamento na área de abrangência, só temos um dia na semana para visita domiciliar. Com relação a disponibilidade de medicamento na Unidade Básica de Saúde existe um desabastecimento e insuficiência total isso es tinindo em conta o definido no Elenco de referência nacional o que proporciona mal-estar em os usuários. Temos muita escassez de material bibliográfico na Unidade.

É discutido nas reuniões de equipe estas dificuldades que proporcionam mal-estar nos usuários, nos fazem fazer uma reflexão sobre como dar uma melhor solução aos problemas susceptíveis. Devemos trabalhar em função de priorizar as atividades em dependência das necessidades, continuar a projeção ainda maior para melhorar o bem-estar da comunidade, sendo que queremos buscar estratégias para evitar descontento dos usuários. Há a importância de solicitar ao representante de saúde municipal uma resposta a estas problemáticas que existem.

Penso que a carência de medicamentos assim como sua demora na entrega deve ser solucionada o mais rápido possível. Deve ser informado ao administrativo de saúde e serem solicitados os medicamentos de acordo ao quadro básico de medicamentos estabelecido pelo Ministério de Saúde e assim continuar sendo monitorado para que essa situação se resolva por completo.

2.2 Objetivos e metas

2.2.1 Objetivo geral

Melhoria da Atenção à Saúde da Criança de Zero a Setenta e Dois Meses na UBS Módulo São Tomé, Parnaíba/PI.

2.2.2 Objetivos específicos e metas

Objetivo 1. Ampliar a cobertura do Programa de Saúde da Criança

Meta 1.1. Ampliar a cobertura da atenção à saúde para 100% das crianças entre zero e 72 meses pertencentes à área de abrangência da unidade saúde.

Objetivo 2. Melhorar a qualidade do atendimento à criança.

Metas:

2.1. Realizar a primeira consulta na primeira semana de vida para 100% das crianças cadastradas.

2.2 Monitorar o crescimento em 100% das crianças.

2.3. Monitorar 100% das crianças com déficit de peso.

2.4. Monitorar 100% das crianças com excesso de peso.

2.5. Monitorar o desenvolvimento em 100% das crianças.

2.6. Vacinar 100% das crianças de acordo com a idade.

2.7. Realizar suplementação de ferro em 100% das crianças de 6 a 24 meses.

2.8. Realizar triagem auditiva em 100% das crianças.

2.9. Realizar teste do pezinho em 100% das crianças até 7 dias de vida.

2.10: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% das crianças de 6 a 72 meses;

2.11: Realizar primeira consulta odontológica para 100% das crianças de 6 a 72 meses de idade moradoras da área de abrangência, cadastradas na unidade de saúde.

Objetivo 3. Melhorar a adesão ao programa de Saúde da Criança.

Meta 3.1. Fazer busca ativa de 100% das crianças faltosas às consultas.

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações.

Meta 4.1. Manter registro na ficha de acompanhamento/espelho da saúde da criança de 100% das crianças.

Objetivo 5. Mapear as crianças de risco pertencentes à área de abrangência ancas que consultam no serviço.

Meta 5.1 Realizar avaliação de risco em 100% das crianças cadastradas no programa.

Objetivo 6. Promover a saúde das crianças.

Metas:

6.1. Dar orientações para prevenir acidentes na infância em 100% das consultas de saúde da criança.

6.2. Colocar 100% das crianças para mamar durante a primeira consulta.

6.3. Fornecer orientações nutricionais de acordo com a faixa etária para 100% das crianças.

6.4. Fornecer orientações sobre higiene bucal, etiologia e prevenção da cárie para 100% das crianças de acordo com a faixa etária.

2.3 Metodologia

Para realizar a intervenção na UBS Módulo São Tomé, utilizaremos o Protocolo de Saúde da Criança, Caderno 33, do Ministério de Saúde (2012). A

intervenção proposta terá sua execução por um período de doze semanas (abril-maio-junho), com a participação de 168 crianças da área adstrita com a posterior coleta de dados, será realizada a análise do resultado e a discussão dos mesmos, bem como a avaliação da intervenção realizada.

2.3.1 Detalhamento das ações

As ações que farão parte da intervenção foram divididas em 4 eixos temáticos, de acordo com cada meta estabelecida:

Objetivo 1: Ampliar a cobertura da atenção à saúde da criança

Meta 1.1: Ampliar a cobertura da atenção à saúde para 100% das crianças entre zero e 72 meses pertencentes à área de abrangência da UBS.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

- Monitorar o número de crianças cadastradas no programa.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

- Cadastrar a população de crianças entre zero e 72 meses da área adstrita.
- Priorizar o atendimento de crianças.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

- Orientar a comunidade sobre o programa de saúde da criança e quais os seus benefícios.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

- Capacitar a equipe no acolhimento da criança, nas Políticas de Humanização e para adoção dos protocolos referentes à saúde da criança propostos pelo Ministério da Saúde.
- Capacitar a equipe sobre a saúde da criança e sobre as informações que devem ser fornecidas à mãe e à comunidade em geral sobre este programa de saúde.

Objetivo 2. Melhorar a qualidade do atendimento à criança.

Metas:

2.1. Realizar a primeira consulta na primeira semana de vida para 100% das crianças cadastradas.

2.2 Monitorar o crescimento em 100% das crianças.

2.3. Monitorar 100% das crianças com déficit de peso.

2.4. Monitorar 100% das crianças com excesso de peso.

2.5. Monitorar o desenvolvimento em 100% das crianças.

2.6. Vacinar 100% das crianças de acordo com a idade.

2.7. Realizar suplementação de ferro em 100% das crianças de 6 a 24 meses.

2.8. Realizar triagem auditiva em 100% das crianças.

2.9. Realizar teste do pezinho em 100% das crianças até 7 dias de vida.

2.10: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% das crianças de 6 a 72 meses;

2.11: Realizar primeira consulta odontológica para 100% das crianças de 6 a 72 meses de idade moradoras da área de abrangência, cadastradas na unidade de saúde.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

- Monitorar o percentual de crianças que ingressaram no programa de puericultura na primeira semana de vida.

- Monitorar o percentual de crianças com avaliação da curva de crescimento.

- Monitorar as crianças com déficit de peso.

- Monitorar as crianças com excesso de peso.

- Monitorar o percentual de crianças com avaliação do desenvolvimento neuro- cognitivo.

- Monitorar o percentual de crianças com vacinas atrasadas.

- Monitorar o percentual de crianças com vacinação incompleta ao final da puericultura.

- Monitorar o percentual de crianças que receberam suplementação de ferro.

- Monitorar o percentual de crianças que realizaram triagem auditiva.

- Monitorar o percentual de crianças que realizou teste do pezinho antes dos 7 dias de vida.

- Monitorar a avaliação da necessidade de tratamento odontológico das crianças de 6 a 72 meses de idade, moradoras da área de abrangência.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

- Fazer busca ativa de crianças que não tiverem comparecido no serviço na primeira semana após a data provável do parto.
- Garantir material adequado para realização das medidas antropométricas (balança, antropometria, fita métrica).
- Ter versão atualizada do protocolo impressa e disponível no serviço para que toda a equipe possa consultar quando necessário.
- Garantir material adequado para realização das medidas antropométricas (balança, antropometria, fita métrica).
- Ter versão atualizada do protocolo impressa e disponível no serviço para que toda a equipe possa consultar quando necessário.
- Criar um sistema de alerta na ficha de acompanhamento para identificar as crianças com déficit de peso.
- Usar medidas antropométricas (balança, antropometria, fita métrica).
- Ter versão atualizada do protocolo impressa e disponível no serviço para que toda a equipe possa consultar quando necessário.
- Criar um sistema de alerta na ficha de acompanhamento para identificar as crianças com excesso de peso.
- Garantir encaminhamento para crianças com atraso no desenvolvimento para diagnóstico e tratamento.
- Criar um sistema de alerta na ficha de acompanhamento para identificar as crianças com atraso no desenvolvimento.
- Garantir com o gestor a disponibilização das vacinas e materiais necessários para aplicação.
- Garantir atendimento imediato a crianças que precisam ser vacinadas (porta aberta).
- Realizar controle da cadeia de frio.
- Fazer adequado controle de estoque para evitar falta de vacina.
- Realizar controle da data de vencimento do estoque.
- Garantir a dispensação do medicamento (suplemento).
- Garantir junto ao gestor a realização de teste auditivo.
- Garantir junto ao gestor a realização de teste do pezinho.
- Organizar acolhimento das crianças de 6 a 72 meses de idade e seu familiar na unidade de saúde.

- Oferecer atendimento prioritário às crianças de 6 a 72 meses de idade na unidade de saúde.
- Organizar agenda de saúde bucal para atendimento das crianças de 6 a 72 meses de idade.
- Organizar ação para realizar a avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

- Informar às mães sobre as facilidades oferecidas na unidade de saúde para a realização da atenção à saúde da criança e sobre a importância da realização da primeira consulta da criança na primeira semana de vida da criança.
- Compartilhar com os pais e/ou responsáveis pela criança as condutas esperadas em cada consulta de puericultura para que possam exercer o controle social.
- Informar aos pais e/ou responsáveis sobre como ler a curva de crescimento para identificar sinais de anormalidade.
- Compartilhar com os pais e/ou responsáveis pela criança as condutas esperadas em cada consulta de puericultura para que possam exercer o controle social.
- Informar aos pais e responsáveis as habilidades que a criança deve desenvolver em cada faixa etária (conforme a carteira da criança).
- Orientar pais e responsáveis sobre a importância da suplementação de ferro.
- Orientar pais e responsáveis sobre o calendário vacinal da criança.
- Orientar pais e responsáveis sobre a importância da realização do teste auditivo e os passos necessários ao agendamento do teste.
- Orientar a comunidade, em especial gestantes, sobre a importância de realizar teste do pezinho em todos os recém-nascidos até 7 dias de vida.
- Informar a comunidade sobre importância de avaliar a saúde bucal de crianças de 6 a 72 meses de idade.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

- Capacitar a equipe no acolhimento da criança, nas Políticas de Humanização e para adoção dos protocolos referentes à saúde da criança propostos pelo Ministério da Saúde.
- Capacitar a equipe sobre a importância da realização da primeira consulta na primeira semana de vida da criança.

- Realizar treinamento das técnicas para realização das medidas de peso e comprimento/altura da criança para a equipe de saúde.
- Padronizar a equipe na realização das medidas.
- Fazer treinamento para o preenchimento e interpretação das curvas de crescimento do cartão da criança.
- Fazer treinamento das técnicas adequadas para realização das medidas.
- Padronizar a equipe.
- Fazer treinamento para o preenchimento e interpretação das curvas de crescimento do cartão da criança.
- Capacitar a equipe na avaliação do desenvolvimento de acordo com a idade da criança.
- Capacitar para o preenchimento da ficha de desenvolvimento.
- Capacitar a equipe na leitura do cartão da criança, registro adequado, inclusive na ficha espelho, da vacina ministrada e seu aprazamento.
- Orientar o médico sobre a incorporação da triagem auditiva no protocolo de saúde da criança.
- Verificar se todos os profissionais de enfermagem da unidade de saúde estão aptos para realizar o teste do pezinho. Se não, providenciar a capacitação.
- Capacitar a equipe para realizar avaliação da necessidade de tratamento odontológico em crianças de 6 a 72 meses de idade.

Objetivo 3. Melhorar a adesão ao programa de Saúde da Criança.

Meta 3.1. Fazer busca ativa de 100% das crianças faltosas às consultas.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

- Monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo (consultas em dia).
- Monitorar número médio de consultas realizadas pelas crianças. Monitorar as buscas a crianças faltosas.
- Organizar as visitas domiciliares para buscar crianças faltosas.
- Organizar a agenda para acolher as crianças provenientes das buscas.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

- Organizar as visitas domiciliares para buscar crianças faltosas.

- Organizar a agenda para acolher as crianças provenientes das buscas.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

- Informar à comunidade e às mães sobre a importância do acompanhamento regular da criança.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

- Fazer treinamento de ACS na identificação das crianças em atraso, através da caderneta da criança.

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações.

Meta 4.1. Manter registro na ficha de acompanhamento/espelho da saúde da criança de 100% das crianças

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

- Monitorar os registros de todos os acompanhamentos da criança na unidade de saúde.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

- Preencher SIAB/folha de acompanhamento.
- Implantar ficha de acompanhamento/espelho (da caderneta da criança).
- Pactuar com a equipe o registro das informações.
- Definir responsável pelo monitoramento registros.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

- Orientar a comunidade sobre seus direitos em relação à manutenção de seus registros de saúde e acesso à segunda via, em particular de vacinas.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

- Treinar a equipe no preenchimento de todos os registros necessários ao acompanhamento da criança na unidade de saúde.

Objetivo 5. Mapear as crianças de risco pertencentes à área de abrangência ancas que consultam no serviço.

Meta 5.1. Realizar avaliação de risco em 100% das crianças cadastradas no programa.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

- Monitorar o número de crianças de alto risco existentes na comunidade.
- Monitorar o número de crianças de alto risco com acompanhamento de puericultura em atraso.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

- Dar prioridade no atendimento das crianças de alto risco.
- Identificar na ficha de acompanhamento/espelho as crianças de alto risco.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

- Fornecer orientações à comunidade sobre os fatores de risco para morbidades na infância.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

- Capacitar os profissionais na identificação dos fatores de risco para morbi/mortalidade.

Objetivo 6. Promover a saúde das crianças.

Metas:

6.1. Dar orientações para prevenir acidentes na infância em 100% das consultas de saúde da criança.

6.2. Colocar 100% das crianças para mamar durante a primeira consulta.

6.3. Fornecer orientações nutricionais de acordo com a faixa etária para 100% das crianças.

6.4. Fornecer orientações sobre higiene bucal, etiologia e prevenção da cárie para 100% das crianças de acordo com a faixa etária.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

- Monitorar o registro das orientações sobre prevenção de acidentes em prontuário ou ficha de acompanhamento/espelho.
- Monitorar as atividades de educação em saúde sobre o assunto.

- Monitorar o percentual de crianças que foi observado mamando na 1ª consulta.
- Monitorar a duração do aleitamento materno entre as crianças menores de 2 anos.
- Monitorar as atividades educativas coletivas • Monitorar o registro das orientações em prontuário ou ficha de acompanhamento.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

- Definir o papel de todos os membros da equipe na prevenção dos acidentes na infância.
- Definir o papel de todos os membros da equipe na promoção do aleitamento materno.
- Definir o papel de todos os membros da equipe na orientação nutricional.
- Organizar agenda de atendimento de forma a possibilitar atividades educativas em grupo na escola.
- Identificar e organizar os conteúdos a serem trabalhados nas atividades educativas.
- Organizar todo material necessário para essas atividades.
- Organizar listas de presença para monitoramento dos escolares que participarem destas atividades.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

- Orientar a comunidade sobre formas de prevenção de acidentes na infância.
- Orientar a mãe e a sua rede de apoio sobre a importância do aleitamento materno para a • Orientar a mãe e a sua rede de apoio sobre a alimentação adequada para crianças. Saúde geral e também bucal.
- Divulgar as potencialidades das ações trans e interdisciplinares no cuidado à saúde do escolar.
- Promover a participação de membros da comunidade e da escola na organização, planejamento e gestão das ações de saúde para as crianças.
- Promover a participação de membros da comunidade e da creche na avaliação e monitoramento das ações de saúde para as crianças

- Esclarecer a comunidade sobre a necessidade do cuidado dos dentes decíduos.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

- Informar os profissionais sobre os principais acidentes que ocorrem na infância por faixa etária e suas formas de prevenção.
- Capacitar a equipe no aconselhamento do aleitamento materno exclusivo e na observação da mamada para correção de "pega".
- Fazer a capacitação dos profissionais para orientação nutricional adequada conforme a idade da criança
- Capacitar a equipe para realização das ações de promoção em saúde de crianças de 0 a 72 meses de idade.
- Capacitar os responsáveis pelo cuidado da criança na creche.

2.3.2 Indicadores

Objetivo 1: Ampliar a cobertura da atenção à saúde da criança

Meta 1.1: Ampliar a cobertura da atenção à saúde para 100% das crianças entre zero e 72 meses pertencentes à área de abrangência da UBS.

Indicador 1.1: Proporção de crianças entre 0 e 72 meses inscritas no programa da unidade de saúde.

Numerador: Número de crianças inscritas no programa de Saúde da Criança da Unidade de Saúde.

Denominador: Número de crianças de 0 a 72 meses pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Objetivo 2: Melhorar a qualidade do atendimento à criança.

Meta 2.1: Realizar a primeira consulta na primeira semana de vida para 100% das crianças cadastradas.

Indicador 2.1: Proporção de crianças com primeira consulta na primeira semana de vida.

Numerador: Número de crianças inscritas no programa de Saúde da Criança da Unidade de Saúde com a primeira consulta na primeira semana de vida.

Denominador: Número total de crianças inscritas no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Objetivo 2: Melhorar a qualidade do atendimento à criança.

Meta 2.2: Monitorar o crescimento em 100% das crianças.

Indicador 2.2: Proporção de crianças com monitoramento de crescimento.

Numerador: Número de crianças que tiveram o crescimento (peso e comprimento/altura) avaliado.

Denominador: Número total de crianças inscritas no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Objetivo 2: Melhorar a qualidade do atendimento à criança.

Meta 2.3: Monitorar 100% das crianças com déficit de peso.

Indicador 2.3: Proporção de crianças com déficit de peso monitoradas.

Numerador: Número de crianças com déficit de peso monitoradas pela equipe de saúde.

Denominador: Número de crianças com déficit de peso.

Objetivo 2: Melhorar a qualidade do atendimento à criança.

Meta 2.4: Proporção de crianças com excesso de peso monitoradas.

Indicador 2.4: Porporção de crianças com excesso de peso monitoradas

Numerador: Número de crianças com excesso de peso monitoradas pela equipe de saúde.

Denominador: Número de crianças com excesso de peso.

Objetivo 2: Melhorar a qualidade do atendimento à criança.

Meta 2.5: Monitorar o desenvolvimento em 100% das crianças.

Indicador 2.5: Proporção de crianças com monitoramento de desenvolvimento.

Numerador: Número de crianças que tiveram avaliação do desenvolvimento.

Denominador: Número total de crianças inscritas no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Objetivo 2: Melhorar a qualidade do atendimento à criança.

Meta 2.6. Vacinar 100% das crianças de acordo com a idade.

Indicador 2.6: Proporção de crianças com vacinação em dia de acordo com a idade.

Numerador: número de crianças com vacinas em dia de acordo com a idade.

Denominador: Número total de crianças inscritas no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Objetivo 2: Melhorar a qualidade do atendimento à criança.

Meta 2.7. Realizar suplementação de ferro em 100% das crianças de 6 a 24 meses.

Indicador 2.7: Proporção de crianças de 6 a 24 meses com suplementação de ferro.

Numerador: número de crianças de 6 a 24 meses que receberam ou que estão recebendo suplementação de ferro.

Denominador: Número de crianças entre 6 e 24 meses de idade inscritas no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Objetivo 2: Melhorar a qualidade do atendimento à criança.

Meta 2.8: Realizar triagem auditiva em 100% das crianças.

Indicador 2.8: Proporção de crianças com triagem auditiva.

Numerador: Número de crianças que realizaram triagem auditiva.

Denominador: Número total de crianças inscritas no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Objetivo 2: Melhorar a qualidade do atendimento à criança.

Meta2.9. Realizar teste do pezinho em 100% das crianças até 7 dias de vida.

Indicador 2.9: Proporção de crianças com teste do pezinho até 7 dias de vida.

Numerador: Número de crianças que realizaram o teste do pezinho até 7 dias de vida.

Denominador: Número total de crianças inscritas no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Objetivo 2: Melhorar a qualidade do atendimento à criança.

Meta 2.10. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% das crianças de 6 e 72 meses.

Indicador 2.10: Proporção de crianças de 6 e 72 meses com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Numerador: Número de crianças de 6 e 72 meses com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Denominador: Número total de crianças de 6 a 72 meses inscritas no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Objetivo 2: Melhorar a qualidade do atendimento à criança.

Meta 2.11. Realizar primeira consulta odontológica para 100% das crianças de 6 a 72 meses de idade moradoras da área de abrangência, cadastradas na unidade de saúde.

Indicador 2.11: Proporção de crianças de 6 a 72 meses com primeira consulta odontológica.

Numerador: Número de crianças de 6 a 72 meses de idade da área de abrangência com primeira consulta odontológica programática realizada.

Denominador: Número total de crianças de 6 a 72 meses de idade da área de abrangência cadastradas no programa de Saúde da Criança da unidade de saúde.

Objetivo 3. Melhorar a adesão ao programa de Saúde da Criança.

Meta 3.1:Fazer busca ativa de 100% das crianças faltosas às consultas.

Indicador 3.1: Proporção de buscas realizadas às crianças faltosas ao programa de saúde da criança.

Numerador: Número de crianças faltosas ao programa buscadas.

Denominador: Número de crianças faltosas ao programa.

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações.

Meta 4.1. Manter registro na ficha de acompanhamento/espelho da saúde da criança de 100% das crianças que consultam no serviço.

Indicador 4.1. Proporção de crianças com registro atualizado.

Numerador: número de fichas de acompanhamento/espelho com registro atualizado.

Denominador: Número total de crianças inscritas no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Objetivo 5. Mapear as crianças de risco pertencentes à área de abrangência.

Meta 5.1. Realizar avaliação de risco em 100% das crianças cadastradas no programa.

Indicador 5.1: Proporção de crianças com avaliação de risco.

Numerador: Número de crianças cadastradas no programa com avaliação de risco.

Denominador: Número total de crianças inscritas no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Objetivo 6. Promover a saúde das crianças.

Meta 6.1: Dar orientações para prevenir acidentes na infância em 100% das consultas de saúde da criança.

Indicador 6.1. Proporção de crianças cujas mães receberam orientações sobre prevenção de acidentes na infância.

Numerador: Número de crianças cujas mães receberam orientação sobre prevenção de acidentes na infância durante as consultas de puericultura.

Denominador: Número total de crianças inscritas no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Objetivo 6. Promover a saúde das crianças.

Meta 6.2. Colocar 100% das crianças para mamar durante a primeira consulta.

Indicador 6.2. Número de crianças colocadas para mamar durante a primeira consulta.

Numerador: Número de crianças que foram colocadas para mamar durante a primeira consulta de puericultura.

Denominador: Número total de crianças inscritas no programa pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Objetivo 6. Promover a saúde das crianças.

Meta 6.3. Fornecer orientações nutricionais de acordo com a faixa etária para 100% das crianças.

Indicador 6.3. Proporção de crianças cujas mães receberam orientações nutricionais de acordo com a faixa etária.

Numerador: Número de crianças cujas mães receberam orientação nutricional de acordo com a faixa etária.

Denominador: Número total de crianças inscritas no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Objetivo 6. Promover a saúde das crianças.

Meta 6.4: Fornecer orientações sobre higiene bucal, etiologia e prevenção da cárie para 100% das crianças de acordo com a faixa etária.

Indicador 6.4: Proporção de crianças cujas mães receberam orientações sobre higiene bucal de acordo com a faixa etária.

Numerador: Número de crianças cujas mães receberam orientação sobre higiene bucal de acordo com a faixa etária.

Denominador: Número total de crianças inscritas no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

2.3.3 Logística

O Protocolo que será adotado é o Protocolo de Saúde da Criança, Caderno 33, Ministério da Saúde, 2012. As ações serão registradas para viabilizar seu monitoramento. As Informações serão coletas nas 168 crianças com idades compreendidas entre 0-72 meses tanto em visitas domiciliares pelos agentes comunitários, como também pelo médico nas consultas de puericultura previamente planejadas pela equipe, utilizando documentos estabelecidos pelo ministério de saúde pública os quais serão monitorados. Para nosso projeto utilizaremos as fichas espelho de saúde da criança as quais foram entregues a cada um dos agentes comunitários pelo médico depois de uma preparação previa a toda a Equipe com o objetivo de cumprir ação programática na intervenção em investigação.

Foi planejado um trabalho em coletivo com dois turnos de trabalho: terça de manhã e quinta feira no período da tarde, com uma estimativa inicial de 10 ou 12 crianças para ser avaliadas semanalmente e poder refinar esta questão na semana em que trabalharemos, utilizaremos os seguintes instrumentos: balança, fita métrica, local de consulta com todas as condições. As informações serão registradas nas

folhas de atendimentos, prontuários, cadernetas de crianças, cartão de vacinas, fichas de espelho, modelo de coletas de dados no computador e também impresso para cada agente comunitário e para controle do médico. Nossa unidade não é totalmente informatizada, sendo que recebemos apoio do atendente que colabora no projeto com muita dedicação. Nos informaremos de que todas as informações sejam registradas facilmente assim como a coleta dos dados do prontuário nos modelos propostos. Estas condições vão propiciar um bom monitoramento e levaremos em conta as normas e procedimentos orientados pelo Ministério de Saúde.

Faremos contato com o gestor municipal para dispor das fichas espelho necessárias nas qual será abordado aspectos como: consultas em atraso, exames clínicos e laboratoriais em atraso e vacinas em atraso e conseguir apoio para o tratamento da saúde bucal pelo outro equipe da saúde bucal já que não temos na UBS, mais se conseguimos avaliar e orientar de forma correta as mães das crianças pelo o médico e enfermeira. Para cada ação foi descrito o que precisa ser viabilizado.

A intervenção vai ser tratada de forma agrupada para cada grupo de ações e o responsável será o médico enfermeira nas consultas duas vezes por semana, assim como toda a equipe, serão feitas atividades de educação na promoção e prevenção com as mães, representante e comunidade em geral em diferentes praças da comunidade, creche, igreja e na UBS, com ajuda de diferentes instrumentos visuais computador, folhetos em diferentes temas de importância para a saúde das crianças como aleitamento materno, nutrição adequada, prevenção de acidente, controle da higiene para realizar as palestra. A logística para esta ação, análise situacional e a definição do foco para a intervenção já foram discutidos com a equipe da UBS.

3 Relatório da Intervenção

3.1 Ações previstas e desenvolvidas

O projeto de intervenção em puericultura constitui objetivo primordial para o bom desenvolvimento da saúde das crianças no país. Nas ações previstas para a realização da intervenção, obtivemos a participação ativa de toda equipe e com uma excelente participação dos agentes comunitários de saúde. O início do desenvolvimento do projeto foi de intenso trabalho, sendo concretizadas as atividades planejadas com relação ao projeto e os objetivos foram cumpridos. A maioria das crianças previstas foram acompanhadas e atendidas com a devida organização e controle por parte de toda a equipe de trabalho. Tudo ocorreu com a boa cooperação por parte das mães da comunidade.

Houve uma Participação ativa da equipe da unidade básica de saúde em Aleitamento Materno monitorar os indicadores de aleitamento materno da área de abrangência concretizando lá ação de implementar fluxograma de atendimento à dupla mãe-bebê no período de amamentação.

Se fizeram atividades de promoção e prevenção das doenças infecciosas e parasitárias por meio de ações educativas nas instituições da comunidade como Creche e Igreja e em atividades na UBS, orientando em quanto a influência direta a fatores sociais e ambientais, como alimentação inadequada e falta de saneamento básico.

Durante os três meses de trabalho nos projetos a maioria das mães receberam orientações acerca de manter uma adequada nutrição de acordo com a idade das crianças, aspecto que faz parte das atividades durante a consulta de puericultura e visita domiciliares, e seu comportamento foi similar durante os três meses. 139 crianças das 141 cadastradas receberam orientação nutricional de acordo com a faixa etária.

Proporcionamos ações de sensibilização e mobilização na defesa de tão importante causa.

Participamos toda a equipe em Conversas com as mães de crianças de 0 a 72 meses orientando-as sobre os riscos de acidentes seguem a idade no cotidiano e suas formas de prevenção. Adotar posturas proativas frente a qualquer situação desfavorecedora.

Palestras na Creche e Igreja, comunidades, família, serviços de saúde, dentre outros setores da sociedade sobre os temas de saúde em criança.

Se fez entrega de sulfato ferroso a todas as crianças de 0 a 72 meses nas consultas de atendimento.

Impartimos orientações nutricionais de acordo com a faixa etária para as crianças

Se forneceram orientações da higiene bucal constituindo um aspecto muito importante. Atividade realizada por a equipe pois não contamos com neste atendimento na comunidade.

3.2 Ações previstas e não desenvolvidas

No geral, a maioria das ações propostas foram desenvolvidas sem dificuldades. No entanto, não conseguimos realizar avaliação da proporção de crianças de 6 a 72 meses com primeira consulta odontológica por não contar com o serviço de dentista na unidade básica de saúde e o mais perto se encontrava numa distância não Prudencial. Necessitando da continuidade do trabalho para incluir assim Também houve limitação do tempo com relação ao o monitoramento de exames laboratoriais conforme o protocolo, como na busca de anemia e suas causas, foi prejudicado por amostra insuficiente e dificuldade em realizar exames pelos laboratórios.

3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados.

Não houve dificuldade com a coleta e sistematização dos dados durante a intervenção.

3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços

Temos conseguido a incorporação das ações previstas no projeto à rotina do serviço e assim avaliamos a viabilidade da continuidade da ação programática como rotina. Todos os aspectos serão melhorados para que isto ocorra, levando-se em conta a continuidade da implementação das consultas programadas de puericulturas com uma frequência de uma vez por semana; realização de visitas domiciliares a todas as crianças de 0 a 72 meses com ênfases nas de maior risco; controle adequado das crianças faltosas; manutenção das atividades semanais de educação em saúde com ênfase na saúde da criança; manutenção do trabalho em equipe. Não podemos nos perder com o término da intervenção, pois a continuação desse trabalho com as mães, é que vai conseguir melhorar a resolubilidade de problemas relacionados à saúde das crianças.

4 Avaliação da intervenção

4.1 Resultados

A UBS Módulo São Tomé, possui 168 crianças entre 0 e 72 meses na sua área de abrangência. A intervenção que tratou da melhoria da atenção à saúde da criança nesta faixa etária pretendia alcançar a cobertura de 100% deste grupo. Foram avaliadas 141 crianças durante as 12 semanas de intervenção e tivemos como aspectos fundamentais o monitoramento dos atendimentos, aleitamento materno crianças com baixo e excesso de peso, suplementação de ferro, atendimento de odontologia, ações com relação aos acidentes de acordo a idades das crianças. Quando começamos a intervenção focamos na tarefa de orientar toda a equipe para trabalhar o bom desempenho em cada uma das atividades. Foi difícil inicialmente, mas todos tiveram consciência da importância do trabalho e assim manter a motivação durante todo o período.

Meta 1.1: Ampliar a cobertura da atenção à saúde para 100% das crianças entre zero e 72 meses pertencentes à área de abrangência da unidade saúde

Indicador 1.1: Proporção de crianças entre zero e 72 meses inscritas no programa da unidade de saúde.

Conforme demonstrado na figura 1, foi alcançado de forma progressiva o aumento da cobertura, de acordo com a melhoria do trabalho da equipe. No primeiro mês da intervenção, cadastramos no programa 63 crianças (37,5%), no segundo mês 92 crianças (54,8%) e no terceiro mês 141 crianças (83,9%). A meta não foi alcançada até o momento por constituir um trabalho praticamente novo onde não é somente trazer as mães para atendimento das crianças, mas também fazer um trabalho educativo. A intervenção teve um curto período de tempo, mas resultou em um trabalho com continuidade.

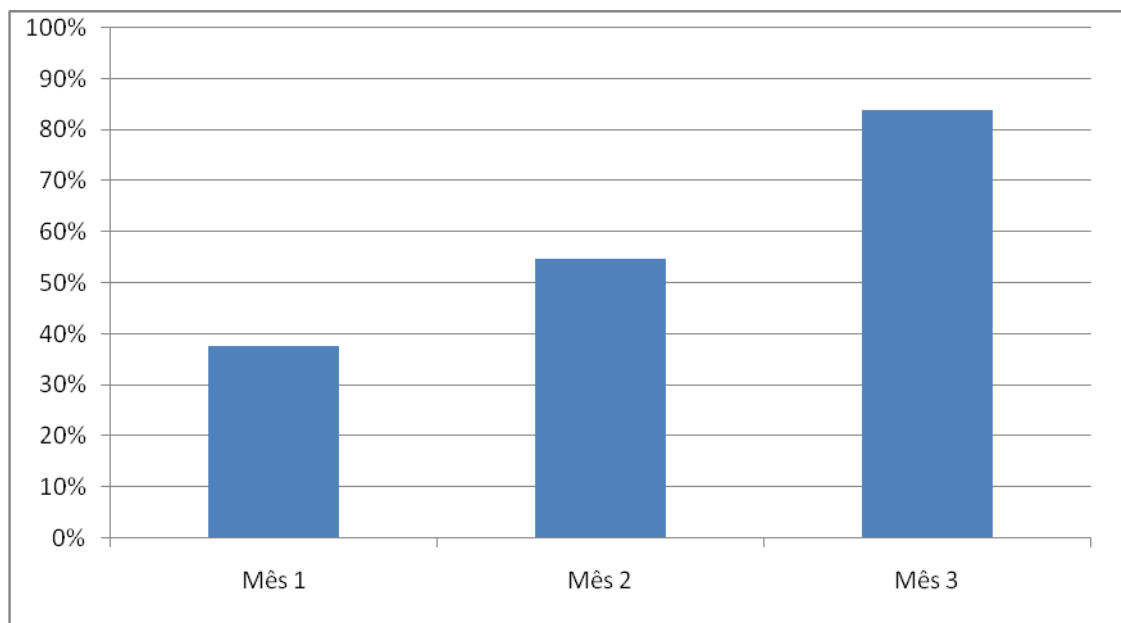


Figura 1 Proporção de crianças entre zero e 72 meses inscritas no programa na unidade de saúde, da Unidade de Saúde Módulo São Tomé, Parnaíba, PI. 2015. Fonte. Coleta de dados.

Meta 2.1: Realizar a primeira consulta na primeira semana de vida para 100% das crianças cadastradas.

Indicador 2.1: Proporção de crianças com primeira consulta na primeira semana de vida.

No primeiro mês, do total de 141 crianças, tivemos 25 com primeira consulta na primeira semana de vida (39,7%), no segundo mês tivemos 45 crianças (48,9%), porém no terceiro mês esse indicador baixou para 45,4%, de um total de 64 crianças das 141 inscritas no programa. Esse número deveu-se ao fato de algumas mães ainda não terem o hábito de levar seus filhos às consultas e outras que tem possibilidades, levam ao pediatra como de costume. Trabalhamos bastante com a população inscrita no programa na tentativa da cobertura total das crianças, existindo ainda a visitas programáticas na primeira semana de vida as quais foram feitas. Devo senhalar que as crianças que nasceram durante a intervenção todas foram atendidas por a equipe de trabalho tanto na visita domiciliar como na consulta para um total de 3 crianças nos três meses. Mais em cada mês se inclui além o apontado por o interrogatório as mães pois é um estudo de até 72 meses cuja informação não se pôde recuperar por deterioro da mesma em seus registros por o tempo.

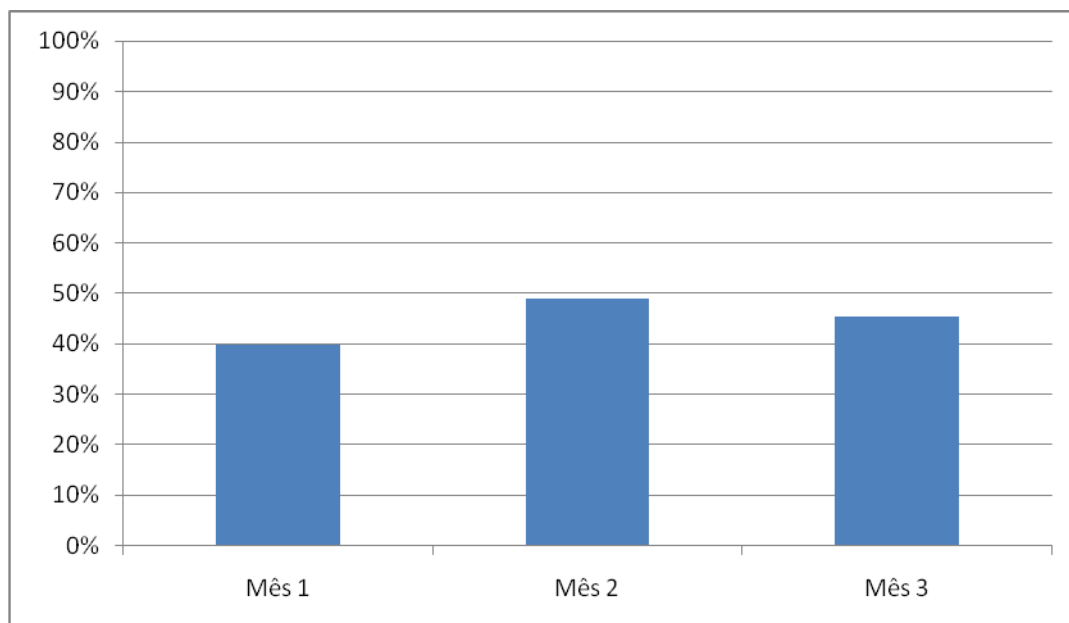


Figura 2 Proporção de crianças com primeira consulta na primeira semana de vida na Unidade de Saúde Módulo São Tomé, Parnaíba, PI. 2015. Fonte. Coleta de dados.

Meta 2.2: Monitorar o crescimento em 100% das crianças.

Indicador 2.2: Proporção de crianças com monitoramento de crescimento.

De acordo a figura 3, a proporção de criança com monitoramento de crescimento se comportou da seguinte forma, no primeiro mês alcançou 68.3% (43 crianças) mostrando bons resultados tendo em conta que a população não tem costume de atendimento em puericultura. O resultado de segundo mês apresentou uma leve diminuição representando 62% (57 crianças). O comportamento final foi de 73.8% (104 crianças) tendo-se um aumento considerável. Entendo que resultado ser um problema de habito pois só estavam acostumadas a visita domiciliaria pôr o ACS e o resto do tempo sua maior preocupação era pôr as vacinas. O pessoal do trabalho foi orientado ao respeito. Esse e nosso maior enfoque. Lograr conscientizar a importância da consulta de atendimento a crianças saudável tanto para a equipe como as mães. Pôr o demais o atendimento foi com continuidade dos mesmos seguindo as normas do Ministério de Saúde.

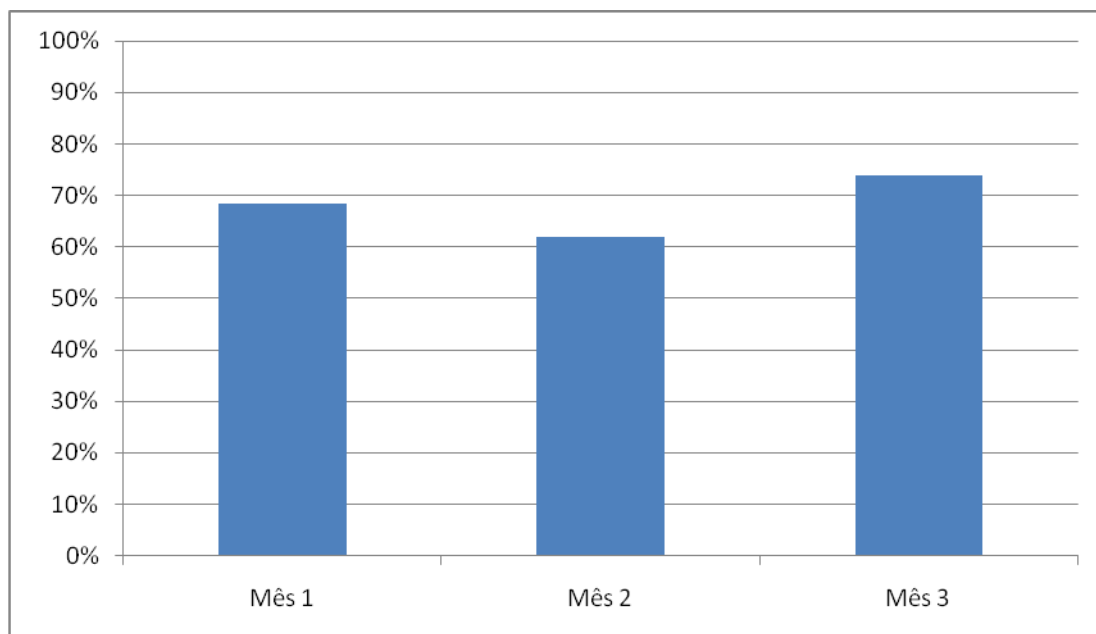


Figura 3 Proporções de crianças com monitoramento de crescimento na Unidade de Saúde Módulo São Tomé, Parnaíba, PI. 2015. Fonte: coleta de dados.

Meta 2.3: Monitorar 100% das crianças

Indicador 2.3: Proporção de crianças com déficit de peso.

A proporção de criança com monitoramento do déficit de peso está representada pela figura 4, a qual mostra uma diminuição importante no terceiro mês. A população de crianças da área de abrangência é muito carente, porém continuamos fazendo um trabalho importante para conseguirmos o monitoramento correto dessas crianças e diminuir este indicador. No primeiro e segundo mês tivemos 92% das crianças com déficit de peso monitorado (23 de 25 crianças) e no terceiro mês, tivemos 50% (1 de 2 crianças).

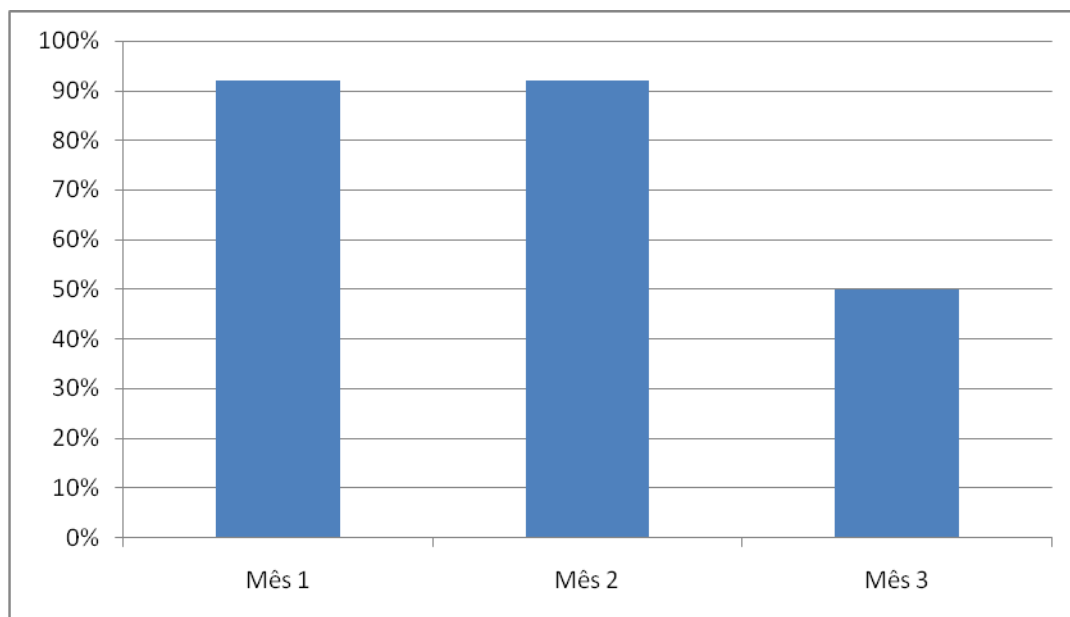


Figura 4 Proporções de crianças com déficit de peso monitoradas, na Unidade de Saúde Módulo São Tomé, Parnaíba, PI. 2015. Fonte. Coleta de dados.

Meta 2.4: Monitorar 100% das crianças com excesso de peso.

Indicador 2.4: Proporção de crianças com excesso de peso monitoradas.

A figura 5 representa o comportamento da proporção de crianças com excesso de peso monitoradas pelo nosso serviço. Nos 2 primeiros meses, tivemos 100% da cobertura (2 crianças monitoradas), e no terceiro mês 66,7% (2 de 3 crianças). Essa criança não monitorada no último mês, pode estar relacionada com a falta de monitoramento da toda a equipe com relação ao controle e seguimento das mesmas pois todos fóruns encaminhados a consulta de nutrição e citados para seguimento no terceiro mês na Unidade básica de Saúde. Tem relação além com a falta de conscientização que ainda existe em algumas mães. Aspecto que devemos trabalhar com prioridade A equipe sempre esteve disposta a trabalhar para conseguir a totalidade do acompanhamento das crianças mais é um aspecto que falta por perfeccional.

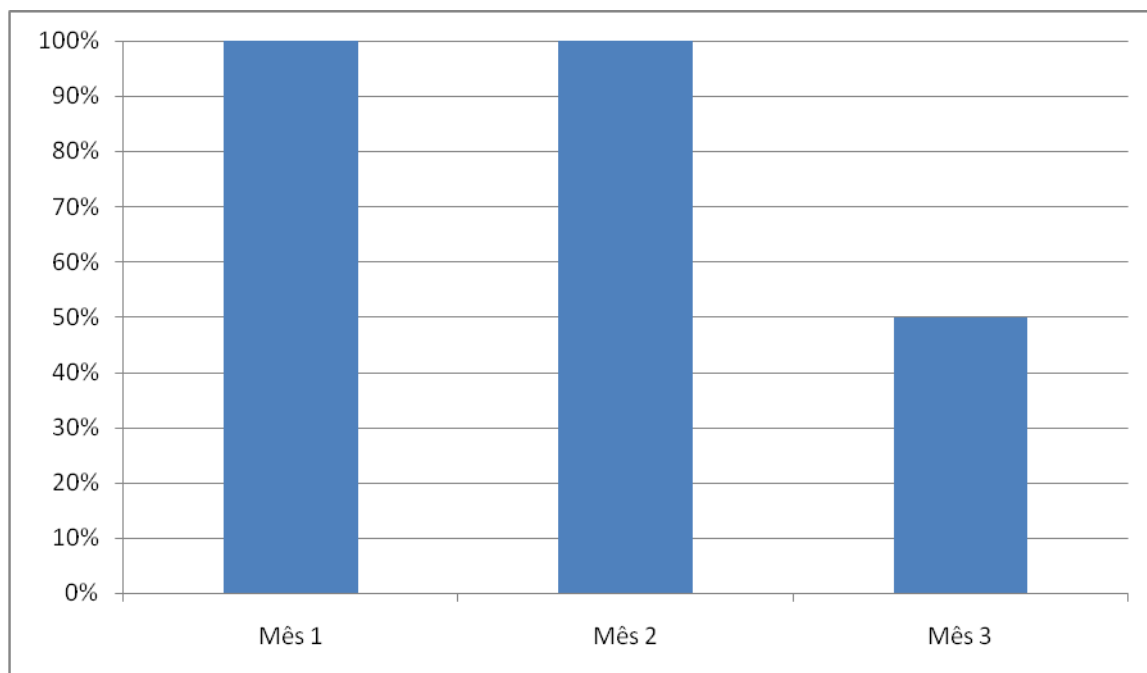


Figura 5 Proporção de crianças com excesso de peso monitoradas, na Unidade de Saúde Módulo São Tomé, Parnaíba, PI. 2015. Fonte. Coleta de dados.

Meta 2.5: Monitorar o desenvolvimento em 100% das crianças.

Indicador 2.5: Proporção de crianças com monitoramento de desenvolvimento.

No primeiro mês, das 63 crianças cadastradas 40 tiveram monitoramento do desenvolvimento (63,5%), no segundo mês, tivemos 54 crianças monitoradas das 92 cadastradas (58,7%). Já no terceiro mês, das 141 crianças cadastradas, 102 tiveram monitoramento do desenvolvimento (72,3%). Não se alcançou o 100% em indicadores pois considero um trabalho inicial onde se deve ajustar todo o pessoal da equipe e as mães a uma nova visão de atendimento o qual independentemente das orientações tanto a equipe assim como nas palestras as mães os resultados esperados não puderam ser alcançados. Se fez um trabalho intenso na comunidade incluindo as buscas ativas. Ficamos organizados e com a cooperação das mães perceberemos e daremos continuidade a nosso trabalho.

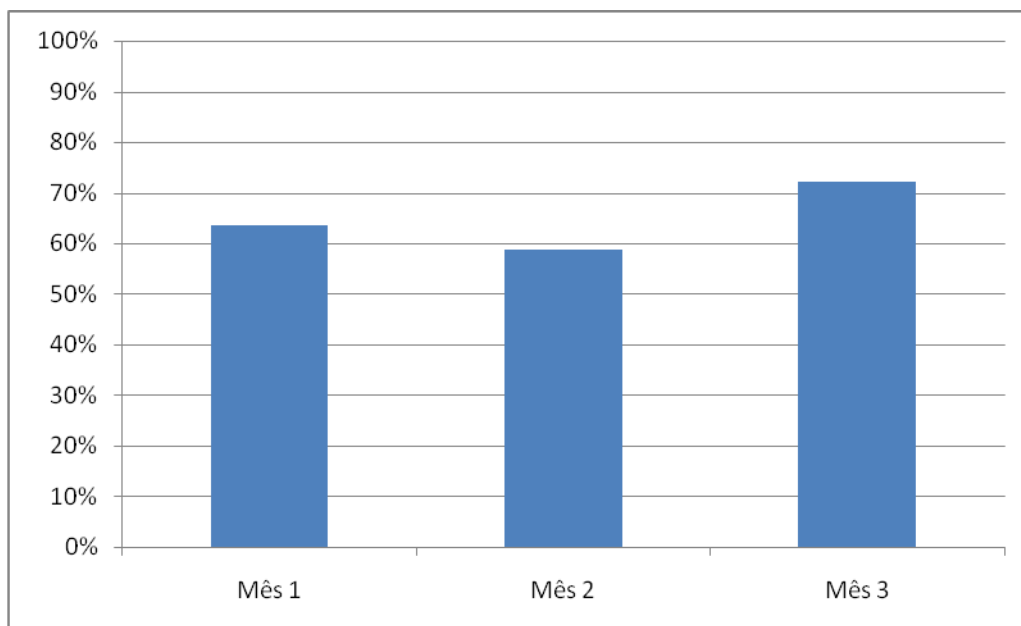


Figura 6 Proporção de crianças com monitoramento de desenvolvimento na Unidade de Saúde Módulo São Tomé, Parnaíba, PI. 2015. Fonte. Coleta de dados.

Meta 2.6: Vacinar 100% das crianças de acordo com a idade.

Indicador 2.6: Proporção de crianças com vacinação em dia de acordo com a idade.

A figura 7 representa a proporção de crianças vacinadas, tendo em conta a totalidade das crianças inscritas na área de abrangência. Este indicador tem um comportamento adequado, pois representa um dos programas mais habituais no atendimento as crianças. Temos o costume de fazer vacinas incluindo o fenômeno migratório, pois atendemos uma população da periferia da cidade que costuma fazer isso. No primeiro mês, vacinamos 81% das crianças (51 de 64 crianças cadastradas), no segundo mês, 85,9% foram vacinadas (79 crianças de 92 cadastradas), no terceiro mês houve aumento para 90,8% crianças vacinadas (128 crianças das 141 cadastradas).Tivemos dificuldades com as vacinas das crianças de mais idade não encontra doce nos registros e as mães não tinham comprovantes das mesmas .etos dados fórum recopilados com a cooperação dos agentes comunitário de saúde pois tinha muita instabilidade com o pessoal de enferme iria nesses meses al ponto de ficar trabalhando a maior parte do tempo com os agentes comunitário de saúde e resto da equipe .Acho que o trabalho foi muito sério e com os elementos que requeria a intervenção.

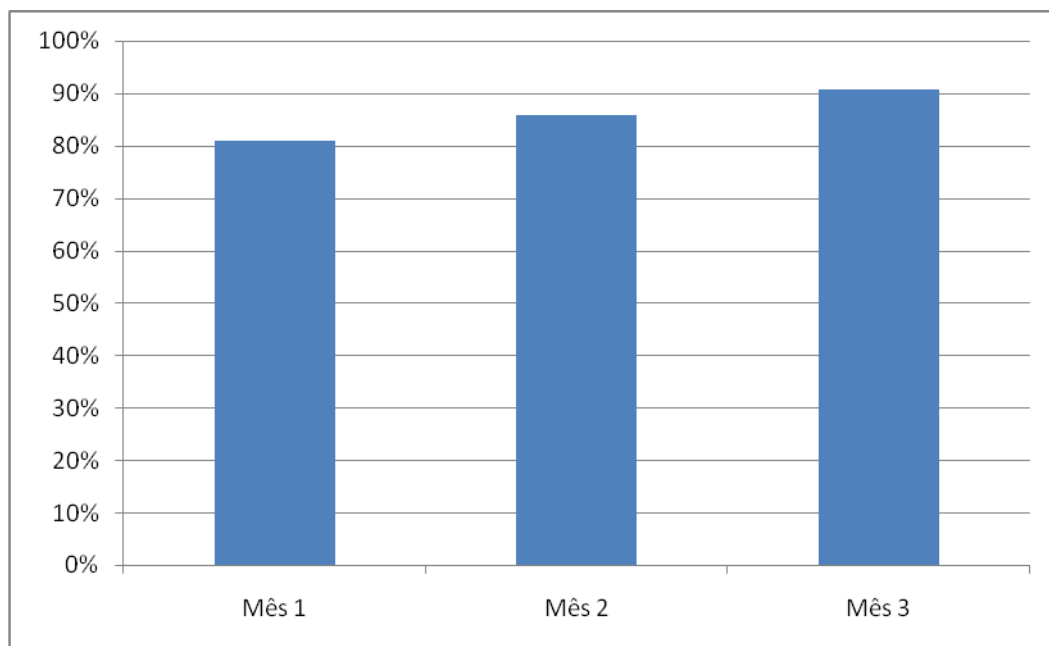


Figura 7 Proporção de crianças com vacinação em dia para idade na Unidade de Saúde Módulo São Tomé, Parnaíba, PI. 2015. Fonte. Coleta de dados.

Meta 2.7: Realizar suplementação de ferro em 100% das crianças de 6 a 24 meses.

Indicador 2.7: Proporção de crianças de 6 a 24 meses com suplementação de ferro.

Ao início da intervenção, tivemos instabilidade com o medicamento para entregar a cada criança mais com a cooperação dos gestores conseguimos estabilizar esses medicamentos na Unidade, permitindo a entrega suplementação de ferro no terceiro mês para as 44 crianças cadastradas nessa faixa etária atingindo 100%. No primeiro mês conseguimos a entrega para 5 das 18 crianças cadastradas (27,8%) e no segundo mês, 13 das 24 crianças cadastradas receberam a suplementação de ferro (54,2%), como demonstrado na figura 8. Esse aumento também foi possível pelo trabalho em equipe, focando consultas e visitas domiciliares, e foi importante, pois conseguimos fazer a profilaxia de anemia a todas as crianças que receberam atendimento.

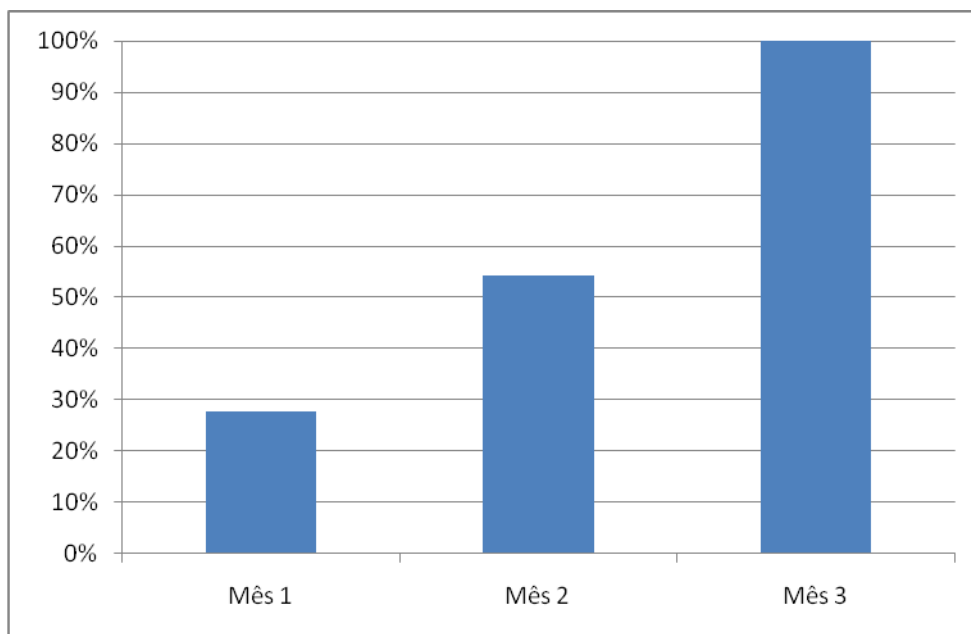


Figura 8 Proporções de crianças de 6 a 24 meses com suplementação de ferro na Unidade de Saúde Módulo São Tomé, Parnaíba, PI. 2015. Fonte: Coleta de dados.

Meta 2.8: Realizar triagem auditiva em 100% das crianças.

Indicador 2.8: Proporção de crianças com triagem auditiva.

No primeiro mês, realizamos triagem auditiva em 31 das 61 crianças cadastradas (49,2%), no segundo mês, de 92 crianças cadastradas, 40 realizaram triagem auditiva (43,5%), já no terceiro mês, a triagem auditiva foi feita em 86 das 141 crianças cadastradas (61%). O indicador está implementando faz pouco tempo na maternidade da cidade, e em muitas ocasiões não aparece escrito na caderneta. Foi o aconteci-o com as crianças que faltarão sendo que as mães referem desconhecer se a triagem foi realizada motivo pôr o qual não se cumprido o 100% este indicador. A triagem e feito nas maternidades.

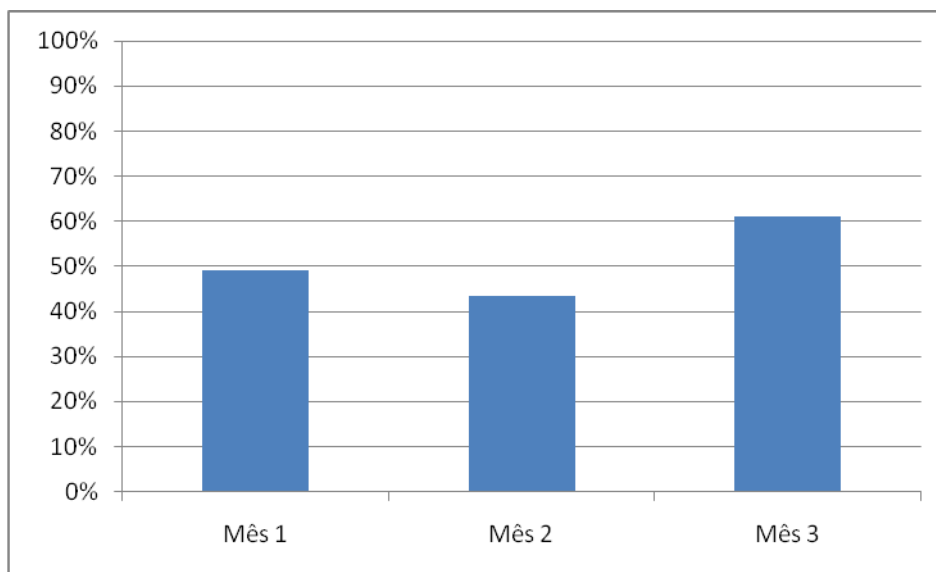


Figura 9 Proporções de crianças com triagem auditiva na Unidade de Saúde Módulo São Tomé, Parnaíba, PI. 2015. Fonte. Coleta de dados.

Meta 2.9: Realizar teste do pezinho em 100% das crianças até 7 dias de vida.

Indicador 2.9: Proporção de crianças com teste do pezinho até 7 dias de vida.

O teste de pezinho realizado até o sétimo dia de vida com relação ao total de crianças inscritas na área de abrangência, permite a detecção de cinco doenças, e está sendo implementado recentemente na UBS, pois todas as crianças que nascem, realizam o teste no posto médico entre os três a cinco dias de vida, e como atualmente estamos atendendo a totalidade das crianças da área, deveria deixar de constituir um problema, uma vez que estaria acessível à todas as crianças nesta idade de vida, porém não tivemos um comportamento adequado do indicador, já que tivemos um declínio ao decorrer dos meses. No primeiro mês, o teste foi feito em 54 crianças das 64 cadastradas (85,7%), no segundo mês, 68 crianças fizeram o teste, de 62 cadastradas (73,9%), já no terceiro mês, o teste foi realizado em 93 crianças de 141 cadastradas (66%), conforme demonstrado na figura 10. As crianças nascidas durante a intervenção todas se fizeram o teste de pezinho total fórum 3. As dificuldades fórum encontradas com as crianças de maior idade pois era muito difícil as mães tem os dados adequado. Agora este trabalho é do diário e funciona com excelência devido ao trabalho de toda a equipe e a esmerada dedicação da nova enfermeira.

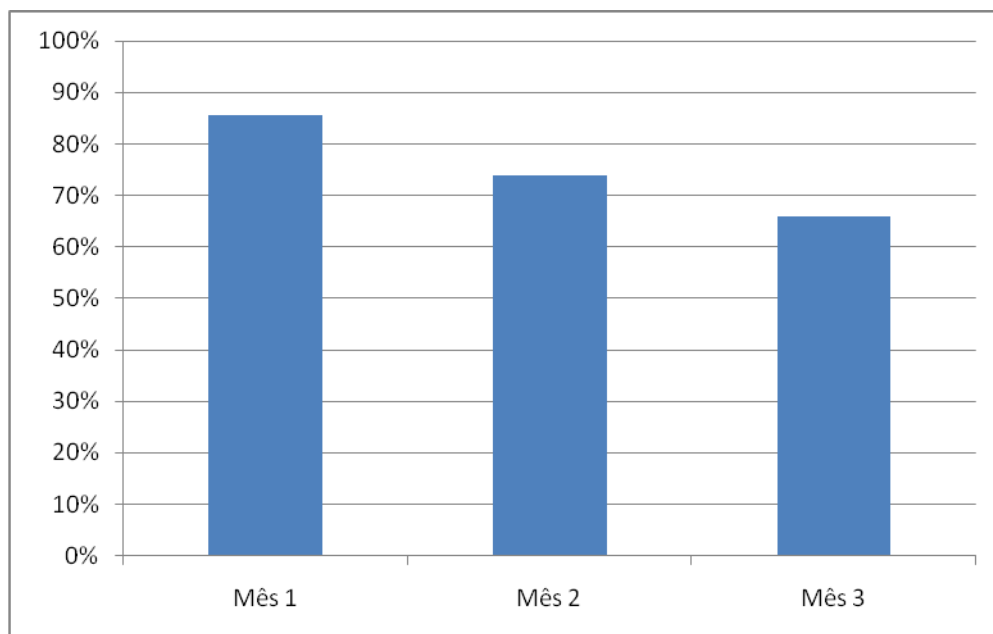


Figura10 Proporção de crianças com teste do pezinho realizado até 7 dias de vida na Unidade de Saúde Módulo São Tomé, Parnaíba, PI. 2015. Fonte: Coleta de dados.

Meta 2.10: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% das crianças de 6 e 72 meses.

Indicador 2.10: Proporção de crianças de 6 e 72 meses com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

No primeiro mês, realizamos avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 16 das 57 crianças nessa faixa etária (28,1%), no segundo mês, a avaliação foi feita em 38 de 81 crianças (46,9%), já no terceiro mês, conseguimos fazer a avaliação em 86 de 128 crianças (67,2%), conforme demonstrado na figura 11. Tivemos muitas dificuldades nesse indicador, pois não contamos com serviço de odontologia, nem com condições adequadas. Os gestores foram informados da necessidade deste excelente e necessário atendimento.

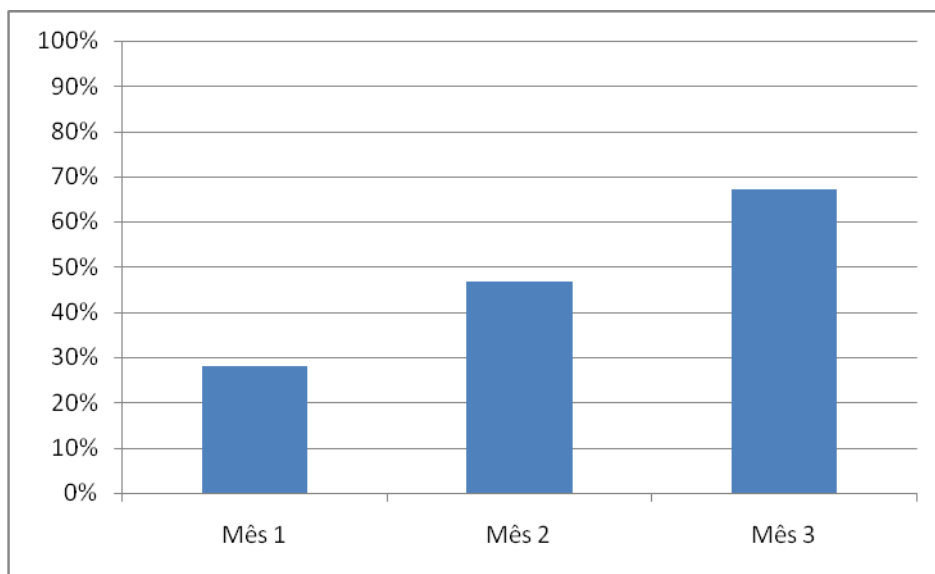


Figura 11 Proporção de crianças entre 6 e 72 meses com avaliação de necessidade de atendimento odontológico na Unidade de Saúde Módulo São Tomé, Parnaíba, PI. 2015. Fonte. Coleta de dados.

Meta 2.11: Realizar primeira consulta odontológica para 100% das crianças de 6 a 72 meses de idade moradoras da área de abrangência, cadastradas na unidade de saúde.

Indicador 2.11: Proporção de crianças de 6 a 72 meses com primeira consulta odontológica.

No primeiro mês de intervenção, tivemos 2 das 57 crianças cadastradas entre 6 e 72 meses (3,5%) com primeira consulta odontológica, no segundo mês, 2 das 81 crianças (2,5%) e, no terceiro mês, 2 das 128 crianças (1,6%), conforme mostra a figura 12. Os índices foram bastante baixos, confirmando as sérias dificuldades em não contarmos com o serviço de odontologia. Foi realizado esforço para serem realizadas as consultas, sendo bastante difíceis termos resultados significativos, pois o posto médico com o serviço, é muito distante. Estamos fazendo contato com os gestores para ao menos melhorar este aspecto procurando um serviço disponível que disponibilize atendimento meio turno a nossa comunidade.

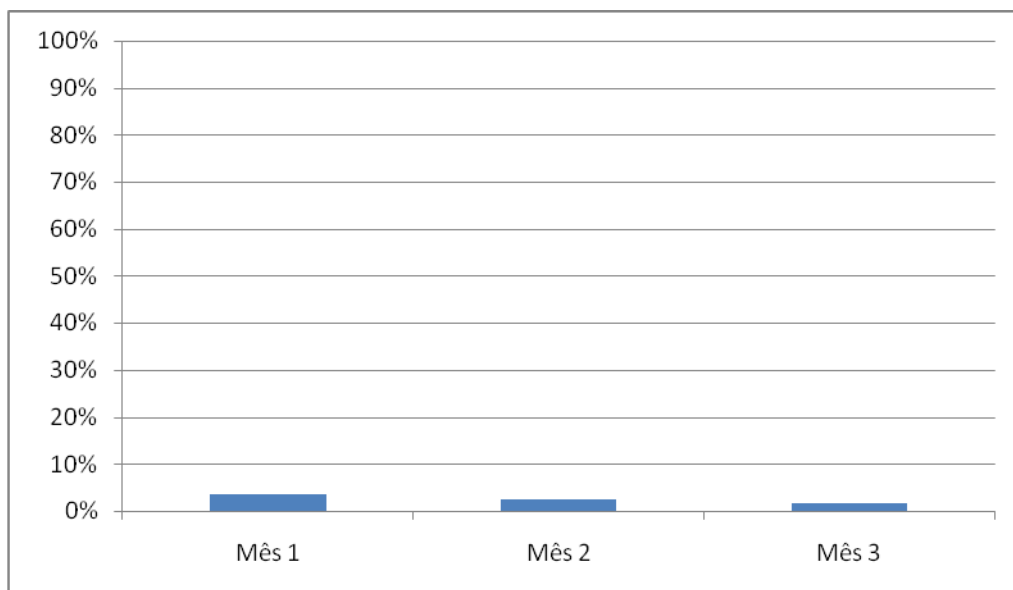


Figura 12. Proporção de crianças de 6 a 72 meses com primeira consulta odontológica na Unidade de Saúde Módulo São Tomé, Parnaíba, PI. 2015. Fonte. Coleta de dados.

Meta 3.1: Fazer busca ativa de 100% das crianças faltosas às consultas.

Indicador 3.1: Proporção de buscas realizadas às crianças faltosas ao programa de saúde da criança.

A proporção de crianças que foram buscadas com relação ao total das crianças do inscritas o programa teve o seguinte comportamento. No primeiro mês foi feito busca ativa em 8 crianças de 12 faltosas (66,7%), no segundo mês, 16 crianças de 18 foram buscadas (88,9%) e no terceiro mês, 20 crianças de 27 foi feito busca ativa (74,1%), como mostrado na figura 13. Em nossa comunidade atendemos uma população de pouca condição social, pois são muito carentes e com baixo nível escolar, porém, toda a equipe tem a preocupação de dar assistência a essas crianças e é o que estamos fazendo nos meses subsequentes, para evitarmos essa diminuição os indicadores e continuar na procura das crianças faltosa.

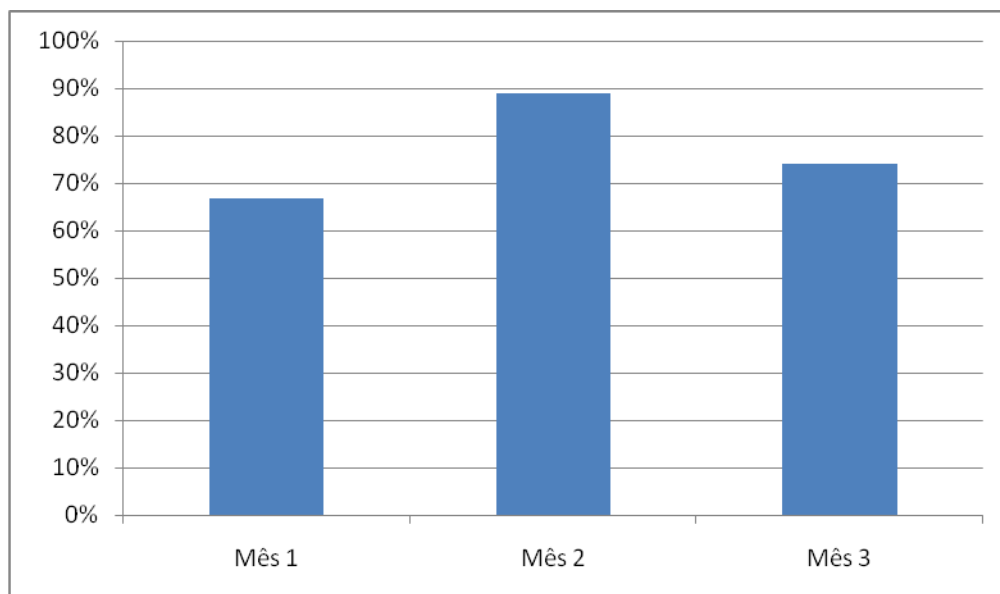


Figura 13 Proporção de busca ativa realizada às crianças faltosas às consultas no programa de saúde da criança na Unidade de Saúde Módulo São Tomé, Parnaíba, PI. 2015. Fonte. Coleta de dados.

Meta 4.1: Manter registro na ficha de acompanhamento/espelho da saúde da criança de 100% das crianças que consultam no serviço.

Indicador 4.1: Proporção de crianças com registro atualizado.

A figura 14 mostra o número total de crianças com registro atualizado com relação ao total das mesmas inscritas no programa. O comportamento foi similar nos três meses demonstrando um excelente controle na ficha espelho de cada uma. Este trabalho se fez com muita rigorosidade por cada uma das representantes da equipe. No primeiro mês, 62 das 63 crianças tiveram o registro atualizado (98,4%), no segundo mês 87 crianças tiveram registro atualizado das 92 cadastrada (94,6%), no terceiro mês, tivemos 136 registros das 141 crianças cadastradas (96,6%).

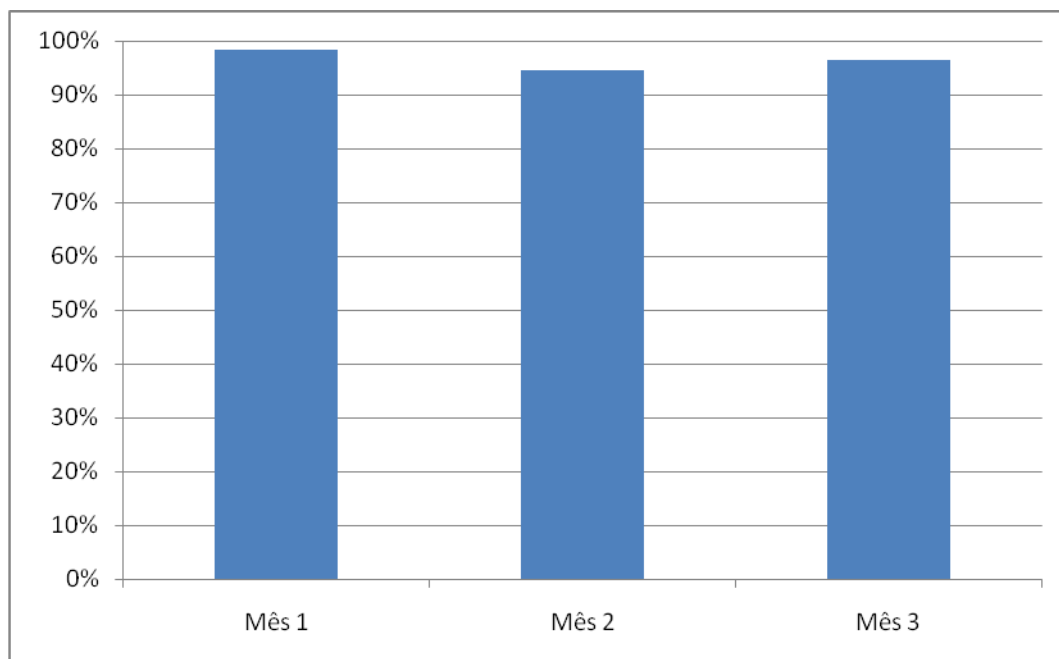


Figura 14 Proporções de crianças com registro atualizado na Unidade de Saúde Módulo São Tomé, Parnaíba, PI. 2015. Fonte. Coleta de dados.

Meta 5.1: Realizar avaliação de risco em 100% das crianças cadastradas no programa.

Indicador 5.1: Proporção de crianças com avaliação de risco.

Tivemos alguns inconvenientes para classificação de risco devido à demora de resultados de exames de laboratório, porém pelos demais riscos não tivemos dificuldades para conseguir alcançar as metas. No primeiro mês 66,7% (42 crianças das 63 cadastradas), no segundo mês 77,2% (71 das 92 crianças cadastradas) e no terceiro mês, alcançamos 100% das crianças (141 crianças) com avaliação de risco, conforme mostrado na figura 15.

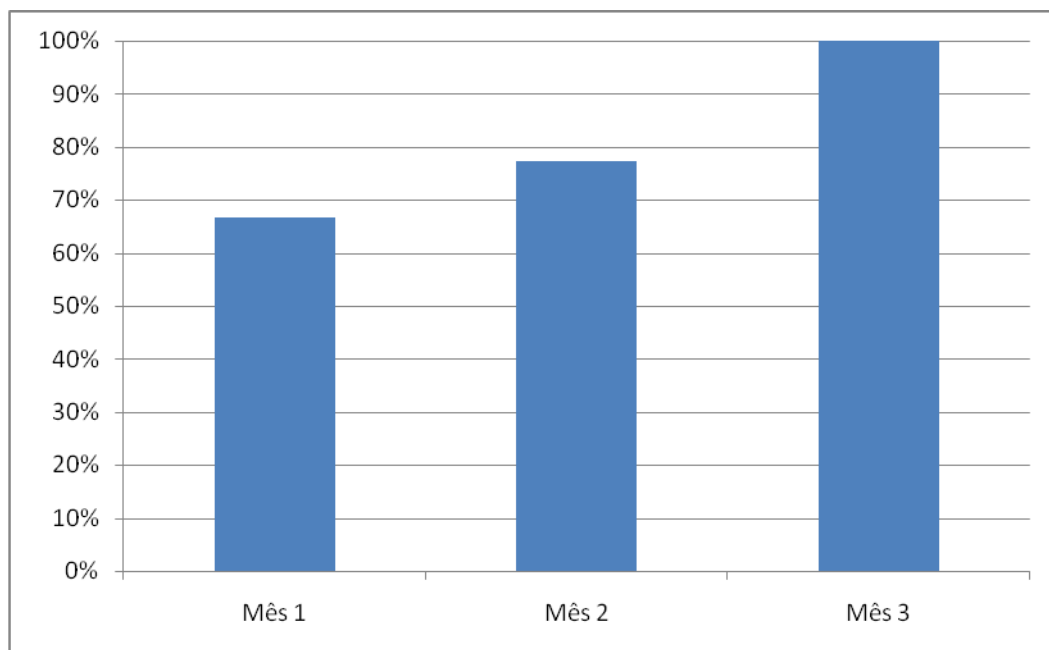


Figura 15 Proporção de crianças com avaliação de risco na Unidade de Saúde Módulo São Tomé, Parnaíba, PI. 2015. Fonte. Coleta de dados.

Meta 6.1: Dar orientações para prevenir acidentes na infância em 100% das consultas de saúde da criança.

Indicador 6.1: Proporção de crianças cujas mães receberam orientações sobre prevenção de acidentes na infância.

No primeiro mês, conseguimos dar orientação às 38 mães das 63 crianças cadastradas (60,3%), no segundo mês, a orientação foi dada à 67 das 92 mães de crianças cadastradas (72,8%), e no terceiro mês, 141 mães foram orientadas (100%), conseguindo assim que todas as mães fossem orientadas sobre prevenção de acidentes na infância. Toda a equipe conseguiu incorporar as ações de prevenção em cada atividade, sendo que as orientações aos acidentes na infância foram feitas em todas as consultas, visitas domiciliares e atividades na comunidade (figura 16).

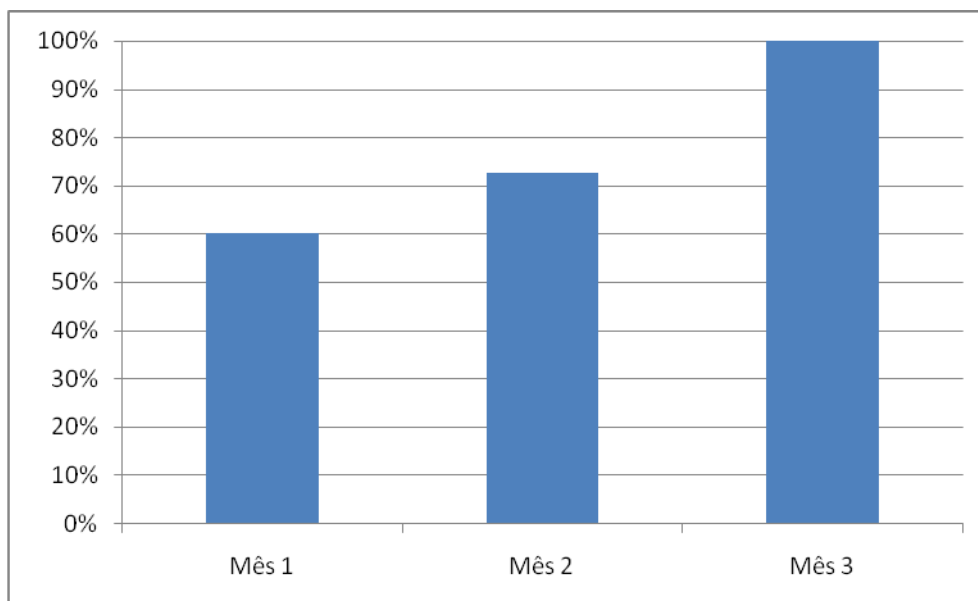


Figura 16 Proporção de crianças cujas mães receberam orientações sobre prevenção de acidentes na infância na Unidade de Saúde Módulo São Tomé, Parnaíba, PI. 2015. Fonte: Coleta de dados.

Meta 6.2: Colocar 100% das crianças para mamar durante a primeira consulta.

Indicador 6.2: Número de crianças colocadas para mamar durante a primeira consulta.

O número de crianças colocadas a mamar na primeira consulta no primeiro mês de intervenção foi de 55 crianças das 63 cadastradas (87,3%), no segundo mês, 62 crianças das 92 crianças cadastradas foram colocadas para mamar na primeira consulta (67,4%) e já no terceiro mês, 106 crianças das 141 crianças foram colocadas para mamar (75,2%). Não foi possível conseguir o 100% já que este indicador incluiu as crianças com mais idades e alguns pais e representantes não lembravam se foi ou não colocada a mamar na primeira consulta. Este é um indicador muito importante, sendo que toda a equipe está trabalhando para além das mães colocarem para mamar na primeira consulta, também garantir o aleitamento materno exclusivo durante os primeiros seis meses da vida (figura 17).

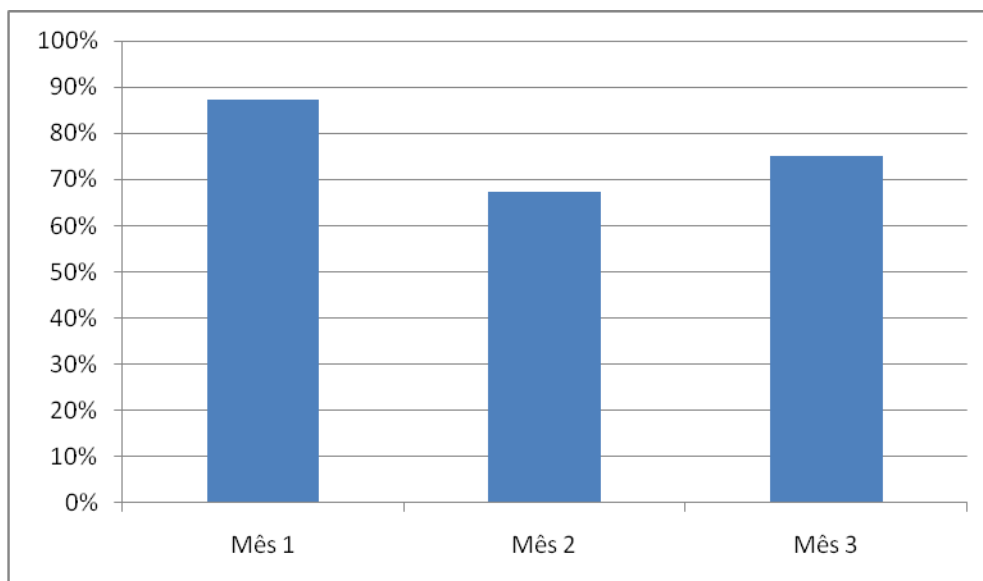


Figura 17 Proporção de crianças colocadas para mamar durante a primeira consulta na Unidade de Saúde Módulo São Tomé, Parnaíba, PI. 2015. Fonte. Coleta de dados.

Meta 6.3: Fornecer orientações nutricionais de acordo com a faixa etária para 100% das crianças.

Indicador 6.3: Proporção de crianças cujas mães receberam orientações nutricionais de acordo com a faixa etária.

Durante os três meses de trabalho nos projetos a maioria das mães receberam orientações acerca de manter uma adequada nutrição de acordo com a idade das crianças, aspecto que faz parte das atividades durante a consulta de puericultura e visita domiciliares, e seu comportamento foi similar durante os três meses. No primeiro mês, conseguimos dar orientações para 61 das 63 crianças de acordo com a faixa etária (96,8%), no segundo mês conseguimos um aumento para 90 das 92 crianças cadastradas (97,8%), e já no terceiro mês, 139 crianças das 141 cadastradas receberam orientação nutricional de acordo com a faixa etária (98,6%), conforme mostrado na figura 18.

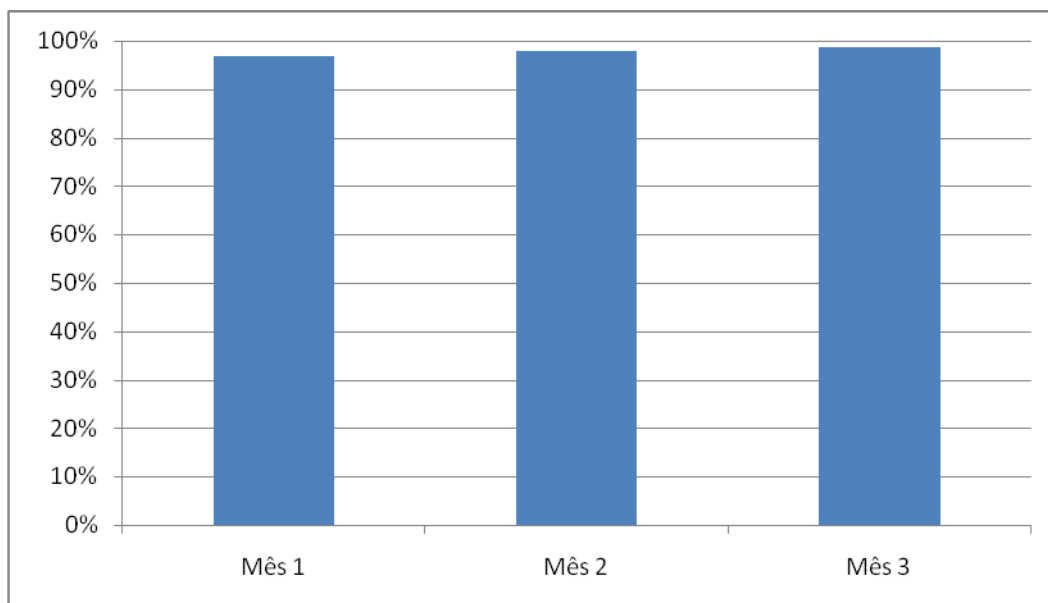


Figura 18 Proporção de crianças cujas mães receberam orientações nutricionais de acordo com a faixa etária na Unidade de Saúde Módulo São Tomé, Parnaíba, PI. 2015. Fonte. Coleta de dados.

Meta 6.4: Fornecer orientações sobre higiene bucal, etiologia e prevenção da cárie para 100% das crianças de acordo com a faixa etária.

Indicador 6.4: Proporção de crianças cujas mães receberam orientações sobre higiene bucal de acordo com a faixa etária.

Ao não contarmos com o serviço de odontologia, é gerado muitas dificuldades com o atendimento por ser muito difícil o acesso ao esse serviço, mas a orientação da higiene bucal é muito fundamental pelo o mesmo foi realizado pela doutora. No primeiro mês, 41 das 63 crianças cadastradas receberam orientação (65,1%), no segundo mês, 70 das 92 crianças receberam orientação (76,1%), e no terceiro mês, 119 das 141 crianças foram orientadas com relação à higiene bucal, etiologia e prevenção da cárie (84,4%), conforme mostrado na figura 19. Também comento que ao início da intervenção ficamos aguardando pelo ajuda de outro equipe mais depois concordamos em brindar orientação e avaliação as crianças e mães das criança na UBS e outras locais da comunidade.

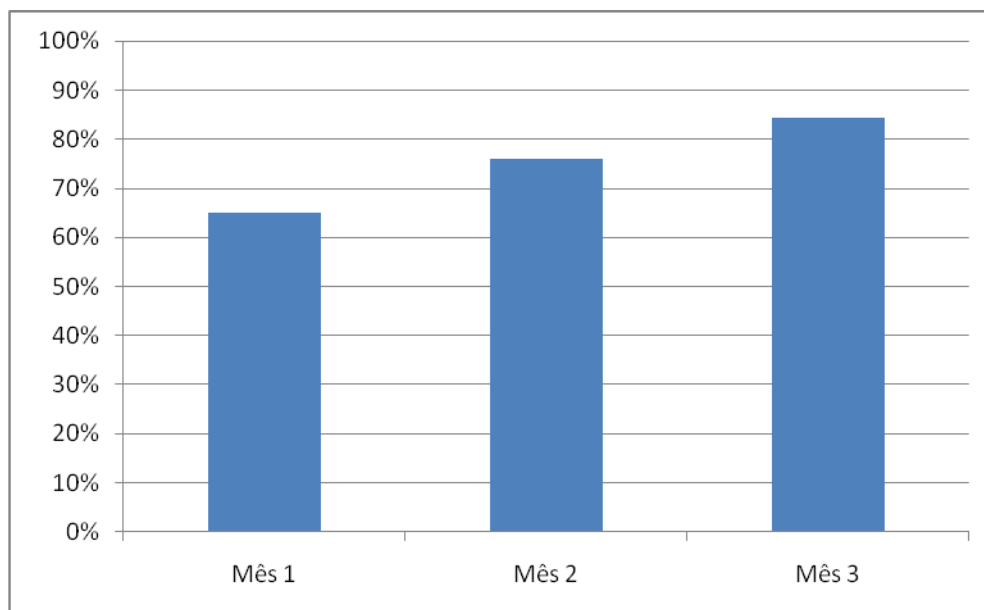


Figura 19 Proporções de crianças cujas mães receberam orientação sobre higiene bucal, etiologia e prevenção da cárie na Unidade de Saúde Módulo São Tomé, Parnaíba, PI. 2015. Fonte. Coleta de dados.

4.2 Discussão

A Intervenção em minha unidade contribuiu para melhorar de forma muito especial o controle dos registros e qualificação da atenção com destaque para ampliação dos exames e para a classificação de risco das crianças, assim como para termos uma maior compreensão da problemática existente na comunidade com relação ao atendimento da puericultura como devidamente está estabelecido. Também contribuiu para uma maior organização, apoio e colaboração tanto da equipe e comunidade assim como dos gestores que contribuíram de forma muito positiva. Populações infantis precisam de um atendimento de forma adequada reconhecendo o papel protônico das mães da comunidade. Das 168 crianças pertencentes à nossa área de abrangência, foram cadastradas 141, devido ao pouco tempo para a finalização do projeto, porém continuamos implementando o trabalho com maior qualidade e com enfoque integral.

Os resultados da intervenção foram muito positivos os quais estão descritos na avaliação dos resultados. As principais dificuldades foram o pouco tempo da intervenção, pouco conhecimento das mães sobre a importância da consulta de puericultura, limitação ao início do suplemento de ferro, não contarmos com o

serviço de odontologia, não ter apoio do NASF na UBS, o qual acabaria facilitado o atendimento de algumas afecções, como o psicólogo para acompanhamento de uma criança com transtornos de aprendizagem. No geral esses foram os problemas mais notórios. Em toda a intervenção, houve apoio de toda a equipe de trabalho assim como gestores e da maioria das mães que foram muito cooperativas depois de entender a necessidade de atendimento das crianças.

Durante toda a intervenção priorizamos o trabalho de forma organizada e tendo o controle de todas as orientações dado pelo ministério de saúde. A equipe recebeu a preparação previa de como havia ser desenvolvida a intervenção e todos se superaram ao seguir as recomendações, respeitando o atendimento das crianças e seguindo de forma adequada o programa de puericultura na comunidade. Foram incluídos também as atividades de promoção de saúde que também foram de extrema importância. A equipe da UBS trabalhou unida, em harmonia e com muito desejo de crescimento profissional. A equipe toda se mostrou muito responsável e acolhedora.

Para o serviço foi um trabalho ótimo com muitas propostas em organização, controle e atendimento das crianças. Foi difícil no início, pois a população não tinha costume da puericultura, porém devido a este projeto constitui-se um programa que já deviria estar sendo implementado. As mães tinham costume de vacinar suas crianças em poucas situações, não se fazendo valer um verdadeiro acompanhamento. A consulta de puericultura se convertia em crianças doentes e não se cumpria a essência da mesma, que é atenção ao saudável, prevenindo o adoecimento. Agora existe a verdadeira consulta de puericultura, a qual está sendo bem vista pela população.

A comunidade ficou muito satisfeita com o desfecho das atividades, as quais foram novidade para muitos. Resultou em um maior conhecimento acerca dos cuidados com o atendimento das crianças, as quais foram beneficiadas em todos os sentidos, pois se deu um atendimento para as necessidades básicas de cada cidadão com relação ao tema de estudo. As crianças e as mães receberam orientações sobre vários temas relacionadas à essa população, sendo que também foram realizadas atividades coletivas com a participação ativa das mães e comunidade em geral. Foram indicados exames de laboratório, entregue sulfato ferroso, feito realizada a Inter consulta com as especialidades. Muitas crianças foram encaminhadas para reabilitação, natação como tratamento para escoliose, foram

tratadas das anemias, verminoses, escabioses, obesidade, baixo peso, entre outros. Muitas mães não tinham o conhecimento do que seus filhos necessitavam. O trabalho foi feito com muito amor por parte de toda a equipe de trabalho.

Se pudesse mudar algo na intervenção, eu daria um maior valor na parte preventiva em sentido geral, aprofundaria ainda mais no desenvolvimento da população infantil, promoveria mais a prática de exercício físico desde a infância, e gostaria de tentar criar centros de recreação em cada comunidade para as crianças.

Com relação a equipe da unidade básica de trabalho, continuaria proporcionando o trabalho com a visão de termos uma comunidade participativa e a mantinha a união entre a equipe.

Vamos garantir que a intervenção continue incorporada a rotina do serviço, como está sendo estabelecida nas ações programáticas, assim podemos melhorar ainda mais a atenção à saúde no serviço, dando continuidade ao trabalhando em equipe, melhorando a cada dia o trabalho em todas as áreas, para conseguir uma melhor qualidade no atendimento. Vamos manter as consultas de puericultura em dois turnos na semana, tentar melhorar o serviço de internet para agilizar as informações, conseguir a cooperação dos gestores para a estabilidade de fármacos para termos um melhor atendimento e ainda resolver os problemas da estrutura física da Unidade Básica de Saúde.

5 Relatório da intervenção para gestores

A qualificação da atenção à saúde melhorou substancialmente como resultante da intervenção. Houve uma preparação consciente e integral de cada um dos trabalhadores ampliando o conceito de atendimento à criança, não só no atendimento nos primeiros sete dias de vida, mas também no seguimento adequado e com continuidade do mesmo em toda a comunidade. O trabalho foi feito com a integração de toda a equipe.

Os aspectos dependentes da gestão que foram importantes para viabilizar e/ou melhorar a intervenção realizada foram primeiramente o reconhecimento da importância de fazer este trabalho na Unidade Básica de Saúde e, portanto a aceitação como fator que nos permitiu trabalhar sem pressão. Além disso, a cooperação em facilitar recursos que precisámos como documentos de crianças previstos na investigação, disponibilidade de medicamentos como sulfato ferroso para a profilaxia de anemia ferropéia que ao início era insuficiente e posteriormente foi resolvido. Outro fator importante foi o transporte que nos permitia deslocamento a locais mais distantes, tendo a todo o momento a estabilidade do mesmo.

A equipe tem bom trabalho, conseguimos cadastrar 141 crianças avaliadas durante a intervenção (83,9%). O comportamento final das vacinas em dia foi de 73.8% (104 crianças) tendo-se um aumento considerável, Seguindo as normas do Ministério de Saúde.

As mães das 141 crianças avaliadas durante a intervenção foram orientadas (100%), conseguindo assim que todas fossem orientadas sobre prevenção de acidentes na infância. Toda a equipe conseguiu incorporar as ações de prevenção em cada atividade, sendo que as orientações aos acidentes na infância foram feitas em todas as consultas, visitas domiciliares e atividades na comunidade. Conseguimos cadastrar 141 crianças avaliadas durante a intervenção (83,9%). O comportamento final das vacinas em dia foi de 73.8% (104 crianças) tendo-se um aumento considerável, Seguindo as normas do Ministério de Saúde.

As mães das 141 crianças avaliadas durante a intervenção foram orientadas (100%), conseguindo assim que todas fossem orientadas sobre prevenção de acidentes na infância. Toda a equipe conseguiu incorporar as ações de prevenção em cada atividade, sendo que as orientações aos acidentes na

infância foram feitas em todas as consultas, visitas domiciliares e atividades na comunidade

Os aspectos da gestão que poderiam ser melhorados, seria a ajuda para qualificação ainda maior do serviço, viabilizando a ampliação da intervenção e/ou a implementação de outras ações programáticas, resolver a problemática com a implementação do NASF na unidade básica de saúde, abertura do serviço de Odontologia com o objetivo de cobrir demandas da população ao menos em uma unidade de saúde perto a nossa, pois não contamos com uma estrutura tradicional e sim com um local adaptado o qual não reúne as condições para prestar este serviço e também incorporar o serviço de internet à consulta médica facilitando assim a informação de qualquer necessidade. De fato, seria importante que a gestão pudesse resolver essas questões para melhorar ainda mais as condições para o atendimento das crianças.

6 Relatório da Intervenção para a comunidade

Para o bom desenvolvimento do programa de puericultura, a participação da comunidade foi fundamental, incluindo a participação ativa das mães. O projeto de atendimento a criança obteve um bom andamento. Inicialmente, esse resultado positivo foi difícil pois as mães desconheciam a essência do programa e à medida que foi avançando o trabalho a população criou certa expectativa do mesmo, gerando uma grande motivação nas mães e familiares.

A comunidade durante a intervenção ganhou em conhecimento do manejo das crianças assim como a prevenção as doenças. É muito importante descrever que foram diagnosticadas e tratadas várias doenças como verminoses, anemia, assim como outros processos patológicos que foi necessário encaminhar a determinadas especialidades como oftalmologia, Ortopedia, fisioterapia, fonoaudiologia, Urologia, Otorrinolaringologia.

A intervenção foi incorporada as atividades de rotina do serviço dando consultas uma vez por semana e fazendo visitas domiciliares as crianças nas idades compreendidas de 0 a 72 meses, seguindo o protocolo de atendimento das mesmas com um dia na semana para cada agente comunitário de saúde. Outras atividades desenvolvidas foram o planejamento semanal de atividades de prevenção das doenças mais frequentes nas crianças.

A comunidade está cada vez mais participativa nas atividades de rotina do serviço, porém essa participação ainda é pequena, e pretendemos incrementá-la disponibilizando a participação de forma ativa em cada uma das atividades disponibilizadas pela UBS. Conseguimos assim, que a atenção à saúde na UBS seja cada vez melhor, reforçando a importância da aliança com a comunidade, a qual contribuiu para conseguirmos desenvolver cada vez melhor o engajamento público.

7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem

Esta foi uma experiência relevante para minha vida profissional, primeiro porque desde o início o considero sendo um desafio tendo em conta que enfrentaria um projeto em outra língua, estaria diariamente com a internet, professores que só iriam nos orientar à distância e com pouca habilidade para a informática, visto que minha formação foi mais antiga, onde todas as atividades eram feitas de forma presencial. Ao início eu queria enviar em tempo as tarefas ter nota dez, depois compreendi que não só valia a experiência no campo da medicina, sendo que necessitava submeter-me a novas experiências dentro da saúde pública. Gostei muito do amor e paciência dos professores Daniel e Fernanda durante todo o curso. Os considero excelentes profissionais que me motivaram a dar continuidade a tarefas totalmente diferentes para mim, que se em algum momento tive dificuldades, eles fizeram valer a pena. Aprendi a assumir o controle e a ter paciência quando não podia continuar, porque eu não sabia enviar o documento e se desligava a internet ou enviava o documento errado, como em tantas vezes aconteceu e a professora Fernanda me ajudou.

Dou graças a Deus por todos, que me ensinaram a ser uma melhor profissional. Conheci os protocolos e percebi o quanto a nação brasileira se dedica a Saúde Pública. Esta experiência tem gerado muita motivação e exemplo que como mãe, vou passar para meus filhos, sendo que estou enfrentando um curso depois dos 50 anos. O curso me fez chorar, rir, ficar ansiosa em muitas ocasiões mais foi bom persistir. Sempre vou recordar esta experiência sofrida, do quanto foi maravilhosa, aflorando outras questões da minha vida. O que mais gostei foi dos casos interativos e sua excelente elaboração, de fazer a busca de temas que aumentaram ainda mais meu conhecimento e da maravilhosa dedicação dos professores incluindo a valiosa compreensão do professor Leonardo. Considero um projeto de trabalho com uma estratégia bem fundamentada para alcançar excelentes resultados. Acho que as expectativas iniciais se cumprirem, o projeto se fortaleceu, assim como as relações de trabalho, que foram desenvolvidos com muito acolhimento e muito amor. Agradeço por tudo.

Referências

Brasil. Ministério de Saúde. Brasília. Caderno de Atenção Básica. Saúde da Criança MS 2012. Saúde da criança. Caderno de atenção básica. N33 parte I.

Brasil. Ministério de Saúde. Brasília. Caderno de Atenção Básica. Saúde da Criança MS 2012, Saúde da criança, Caderno de atenção básica. N33 parte II.

Brasil. Ministério de Saúde. Brasília. Caderno de Atenção Básica. Saúde da Criança, 2013.

Apêndices

Apêndice A – Fotos da Intervenção

Atividades feitas nas diferentes locais da comunidade como UBS, creches e igrejas, oferece diferentes atividades pela saúde como consultas, palestras descritas no desenvolvimento do Relatório da intervenção.





Anexos

Anexo A - Documento do comitê de ética

 UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS FACULDADE DE MEDICINA COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA	
OF. 15/12	Pelotas, 08 de março 2012.
Ilma Sr ^a Prof ^a Ana Cláudia Gastal Fassa	
<i>Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde</i>	
Prezada Pesquisadora;	
Vimos, por meio deste, informá-lo que o projeto supracitado foi analisado e APROVADO por esse Comitê, quanto às questões éticas e metodológicas, de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.	
 Patricia Abrantes Dural Coordenadora do CEP/FAMED/UFPEL	

Anexo B- Planilha de coleta de dados

Indicadores de Saúde da Criança - Mês 1									
Dados para coleta	Número da criança	Nome da Criança	Idade da criança	Sexo	A criança fez a primeira consulta na primeira semana de vida?	A criança está com o monitoramento de crescimento em dia?	A criança está com déficit de peso?	A criança com déficit de peso está com monitoramento em dia?	A criança está com excesso de peso?
Orientações de preenchimento	de 1 até o total de crianças cadastradas	Nome	Em meses	0 - Masculino 1 - Feminino	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim
	1								
	2								
	3								
	4								
	5								
	6								
	7								
	8								

Indicadores de Saúde da Criança - Mês 1								
Dados para coleta	Número da criança	Nome da Criança	A criança com excesso de peso está com monitoramento em dia?	A criança está com o monitoramento de desenvolvimento em dia?	A criança está com o esquema vacinal em dia?	A criança que tem entre 6 e 24 meses está recebendo suplementação de ferro?	Foi realizada triagem auditiva na criança?	A criança fez o teste do pezinho nos primeiros 7 dias de vida?
Orientações de preenchimento	de 1 até o total de crianças cadastradas	Nome	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim
	1							
	2							
	3							
	4							
	5							
	6							
	7							
	8							

Anexo C-Ficha espelho

FICHA ESPELHO

PROGRAMA DE ATENÇÃO A SAÚDE DA CRIANÇA

Departamento de
Medicina Social



UFPEL

Data do ingresso no programa __/__/____ Número do Prontuário: _____ Cartão SUS _____
 Nome completo: _____ Data de nascimento: __/__/____ Sexo () Feminino () Masculino
 Endereço: _____ Telefones de contato: ____/____/_____
 Nome da mãe: _____ Nome do pai: _____ Peso ao nascer: _____
 Comprimento ao nascer _____ cm Perímetro cefálico _____ cm Apgar: 1º min: _____ 5º min: _____ Idade gestacional: _____ semanas _____ dias Tipo de parto _____ Tipagem sanguínea _____
 Data da primeira consulta odontológica: __/__/____ Profissional que realizou: _____
 Manobra de Ortolani () negativo () positivo Teste do reflexo vermelho () normal () alterado Teste do pezinho () não () sim Realizado em: __/__/____
 Felicitetúria () normal () alterado Hipotireoidismo () normal () alterado Anemia falciforme () normal () alterado Observações: _____
 Triagem auditiva () não () sim Realizado em: _____ Testes realizados: () PEATE () EOA Resultados: OD () normal () alterado OE () normal () alterado

[illegible]

FICHA ESPELHO

PROGRAMA DE ATENÇÃO A SAÚDE DA CRIANÇA

Departamento de
Medicina Social



UFPEL

[illegible]

Anexo D -Termo de responsabilidade livre e esclarecida para uso de fotografias

Eu, (Escreva seu nome aqui), (coloque sua profissão e número do conselho função aqui) e/ou membros da Equipe sob minha responsabilidade, vamos fotografar e/ou filmar você individualmente ou em atividades coletivas de responsabilidade da equipe de saúde. As fotos e/ou vídeos são para registrar nosso trabalho e poderão ser usadas agora ou no futuro em estudos, exposição de trabalhos, atividades educativas e divulgação em internet, jornais, revistas, rádio e outros. As fotos e vídeo ficarão a disposição dos usuários.

Assumo os seguintes compromissos com a pessoa que autorizar a utilização de sua imagem:

1. Não obter vantagem financeira com as fotos e vídeo;
2. Não divulgar imagem em que apareça em situação constrangedora;
3. Não prejudicar e/ou perseguir nenhuma das pessoas que não autorizar o uso das fotos;
4. Destruir as fotos e/ou vídeo no momento que a pessoa desejar não fazer mais parte do banco de dados;
5. Em caso de fotos e/ou vídeo constrangedor, mas fundamental em estudos, preservar a identidade das pessoas envolvidas;
6. Esclarecer toda e qualquer dúvida relacionada ao arquivo de fotos e/ou opiniões.

Nome

Contato:

Telefone: ()

Endereço Eletrônico:

Endereço físico da UBS:

Endereço de e-mail do orientador:

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____
_____, Documento _____ declaro que fui devidamente esclarecido sobre o banco de dados (arquivo de fotos e/ou declarações) e autorizo o uso de imagem e/ou declarações minhas e/ou de pessoa sob minha responsabilidade, para fim de pesquisa e/ou divulgação que